UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 — N° 115

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

CHEZ LA FEMME JEUNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Juin 1936

PAR

Pierre HURABIELLE

Né à Orléansville (Algérie), **le 5 Mars 1909**

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur .. *Président.*
DUVERGEY, professeur ... *Juges.*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges.*
WANGERMEZ, agrégé ... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES
143, Rue d'Arès

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0061

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 — N° 115

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

CHEZ LA FEMME JEUNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Juin 1936

PAR

Pierre HURABIELLE

Né à Orléansville (Algérie), **le 5 Mars 1909**

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur .. *Président.*
DUVERGEY, professeur ... } *Juges.*
LOUBAT, agrégé ..... } *Juges.*
WANGERMEZ, agrégé .... } *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES
143, Rue d'Arès
—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC.
Assesseur..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS,

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM
Clinique médicale	MAURIAC.
	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	SABBAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène.....	LEURET.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU
Chimie	CHIELE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale..	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie ..	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Clinique dentaire.....	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie), PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales)

PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie.....	FABRE.
Médecine générale.....	DAMADE PIECHAUD DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale.....	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Physique médicale.....	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique.....	VITTE.

	MM.
Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique ..	WANGERMEZ.
Botanique	GIRARD.
Médecine légale.....	DERVILLÉE.
Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	DARGET.

Ophtalmologie..... M. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

En témoignage de mon affection la plus tendre.

A MON FILS

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS, MADAME ET MONSIEUR DESTOMBE

En témoignage de ma profonde affection.

A MONSIEUR ROBINSON CARDE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'OFFICE DES PUPILLES DE LA NATION DE LA GIRONDE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU

Professeur d'électro-radiologie et de Clinique d'électricité médicale,
Dr du Centre régional de lutte contre le Cancer de Bordeaux
et du Sud-Ouest,
Docteur ès-Sciences,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique,

Qui nous a permis de prendre au Centre anticancéreux toutes les observations qui pouvaient nous être utiles. Nous lui en exprimons ici notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique,

En témoignage de reconnaissance pour son enseignement si précieux et pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service de clinique.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique,

Qui nous a donné le sujet de cette thèse et qui nous a soutenu, guidé, éclairé avec une inépuisable obligeance. Qu'il veuille bien accepter ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Le Cancer du Col de l'Utérus chez la femme jeune

INTRODUCTION

On a considéré pendant longtemps l'épithélioma comme une maladie de la vieillesse ou, tout au moins, de l'âge mur. Tous les vieux auteurs sont absolument d'accord sur ce sujet.

Une observation plus précise des faits, semble démontrer que cette affirmation devient de plus en plus sujette à caution.

Il nous a paru intéressant de colliger les différentes statistiques publiées, concernant l'âge d'un cancer des plus fréquents, des mieux connus, et dont le diagnostic se pose de façon relativement facile : nous voulons parler du cancer du col de l'utérus.

En effet, le cancer du col de l'utérus représente, avec le cancer de l'estomac chez l'homme, les deux localisations les plus fréquentes.

Grâce aux différentes statistiques publiées et aux observations inédites que nous avons pu réunir, tant au Centre

anti-cancéreux qu'auprès de nos Maîtres de la Faculté de Médecine, nous avons pu nous rendre compte de la fréquence relative du cancer du col chez les femmes encore jeunes.

Dans le travail qui va suivre, nous avons cherché à mettre en évidence, s'il existait des raisons prédisposant certaines catégories de femmes jeunes à l'apparition de ce cancer; si la symptomatologie avait quelques aspects particuliers, enfin si concurremment à la doctrine généralement admise, la gravité du cancer des jeunes était supérieure. Nous avons essayé aussi, en consultant les diverses statistiques publiées ces dernières années, de nous faire une idée sur l'avantage que pourrait présenter le traitement Curiethérapique sur la Chirurgie.

Dans l'état actuel de nos connaissances, un tel travail se justifie, car nous ignorons tout ou presque tout de la nature exacte du cancer; que l'on admette qu'il s'agisse d'une maladie locale, ou d'une maladie générale, avec une localisation secondaire, seules de très nombreuses observations permettront petit à petit d'éclaircir ce problème; il dépasse, en effet, à l'heure actuelle, le cadre de la médecine pour atteindr le cadre social et il entraîne chaque année de si grandes pertes d'énergies qu'il est devenu un problème d'intérêt primordial.

Nous espérons apporter dans les pages qui vont suivre quelques précisions sur cette intéressante question.

HISTORIQUE

LE CANCER EN GENERAL

Le cancer a été observé de tous temps et le nom même de cancer est l'un des plus anciens de la médecine. Son étude, de la plus haute antiquité à nos jours, peut être divisée en trois parties :

1° D'Hyppocrate et Galien à Bichat : c'est la phase ancienne de la médecine, presque entièrement imaginaire au point de vue pathogénique;

2° Du XVIII[e] siècle jusqu'à la découverte du microscope : dans cette seconde phase, l'observation est plus poussée, il y a un commencement de recherche scientifique et tout n'est pas laissé à l'imagination. Littré, Ledran, Laennec, Cruveilhier, et bien d'autres, apportent quelques précisions dans l'étude des tumeurs.

3° Avec l'application du microscope aux études anatomiques, commence la période moderne. Muller, en 1838, affirme pour la première fois que les tumeurs sont formées de cellules semblables aux autres éléments de l'organisme. Depuis, Lebert, Broca, Follin, Virchow, Ranvier, etc.., ont poursuivi cette étude; mais aujourd'hui encore, la cause déterminante du cancer est inconnue.

Le cancer chez les jeunes, au contraire, a été fort peu étudié par les vieux auteurs.

Lebert, en 1851, avait fait paraître un ouvrage traitant du cancer chez les jeunes, mais les observations étaient rares, et lui-même n'avait pas attaché grosse importance à ce travail.

En 1864, l'Anglais West fait paraître une étude : « Diseases of Women », dans lequel il signale le cancer du col chez les femmes jeunes — cancer, dit-il, qui évolue en trois ou quatre mois (cancer aigu de West). Quelques années après, Spigelberg cite un épithélioma du col chez une jeune fille de 17 ans; Peyrot en signale un chez une femme de 24 ans. En 1878, Gussrow réunit toutes les statistiques qui avaient paru à cette époque, et sur 3.585 cancers, il en trouve 116 chez des personnes de moins de 30 ans. Doche, à Bordeaux, en 1883, signale une femme de 26 ans, atteinte d'un épithélioma du col; Taylor en 1884, trouve un cancer du col chez une vierge; Paul Bernard, en 1887, signale un nouveau cas chez une femme de 28 ans; Eckhardt trouve une femme encore plus jeune, puisqu'elle n'a que 19 ans. A la même époque, on mentionne des cas découverts tant en Italie, qu'en Espagne, qu'en Amérique.

Ce n'est qu'en 1902 que Pozzi publie ses impressions sur le cancer du col chez les jeunes; il considère cette maladie comme fatale chez les femmes de moins de 30 ans. Un peu plus tard, Jayle publie un extrait des comptes rendus de la Société Française de Chirurgie. Tout comme Pozzi, il attire l'attention sur la gravité du cancer du col chez les jeunes; même lorsque ces cancers paraissent limités, et parfaitement opérables, ils donnent chez les jeunes des résultats désastreux; en outre, leur évolution est extrêmement rapide.

Enfin, en 1913, Leprevost fait une thèse sur le cancer du col avant 30 ans; cette thèse est d'ailleurs inspirée par le Professeur Pozzi.

ETIOLOGIE

Le cancer du col utérin est celui que l'on rencontre le plus fréquemment chez la femme (Jean-Louis Faure, Forgue, Jeanneney). Leda J. Stacy (*Gyn. et obst.*, juillet 1929) dit notamment qu'on le rencontre huit fois plus souvent que le cancer du corps, et Auguste Brandao (*Gyn.*, t. 33, 1932), sur 331 cancers ano-génitaux, a trouvé 292 épithéliomas du col, soit 88 %. Hâtons-nous de dire qu'en revanche, c'est aussi l'un des plus curables.

Les négresses, qui sont sivent porteuses de fibrômes, paraissent épargnées par ce néoplasme; néanmoins, on en trouve quelques cas dans la littérature médicale (Leprevost, dans sa thèse, en cite un).

Age.

Comme les épithéliomas en général, ce cancer atteint les femmes d'âge mur. C'est vers la fin de la période d'activité génitale de la femme qu'il fait surtout son apparition; le cancer du corps, au contraire, ne se rencontre guère qu'après la ménopause : c'est le cancer des vieilles femmes.

Daily a observé 1.281 cas de cancers du col de 1913 à 1931, et de son étude il ressort que l'âge moyen est de 48 à 50 ans. Il est intéressant de remarquer que dans ces

dix-huit dernières années, cet âge moyen n'a pas varié. On voit cependant de cette étude que les femmes au-dessous de 30 ans n'en sont pas préservées; dans sa statistique, il est une chose plus frappante encore : c'est que ces huit dernières années, le pourcentage des femmes atteintes de cancers du col ayant moins de 30 ans a plus que triplé, et de 1 à 2 % qu'il était en 1913, il est passé à, 7 et même 8 % en 1929, 30 et 31. Nous-mêmes, dans les différents services où nous nous sommes documentés, avons trouvé que les observations du cancer du col chez les jeunes femmes, qui étaient rares jusqu'en 1928 sont devenues relativement nombreuses ces dernières années. Duplay et Reclus, dans les vieux traités de chirurgie de 1877, disent bien que sur 3.385 cancers du col, ils n'en ont pas vu avant la puberté, deux avant 20 ans, peu avant 30 ans, et presque tous entre 50 et 60 ans. Enfin, Auguste Brandao, sur 292 cas, en a vu 51 au-dessous de 40 ans, soit 18 %.

Si Daily ne parle par des cas au-dessous de 20 ans, Ganghoffer cite le cas d'une fillette de 8 ans, Bumm, celui d'une enfant de sept mois, et on en trouve quelques autres cas décrits dans la littérature.

G. Frammolt et K. Weininger disent cependant qu'ils n'ont pas pu constater dans ces dernières années une augmentation du nombre des cancers du col chez les jeunes.

Les causes déterminantes de ce cancer sont inconnues à l'heure actuelle, et cela malgré les études innombrables qui ont été faites. Tout, ou à peu près tout, a été envisagé comme facteur pouvant favoriser l'éclosion du cancer; nous n'étudierons ici que les causes qui peuvent présenter un certain intérêt.

Hérédité

Au point de vue étiologie générale, nous envisagerons d'abord *l'hérédité*. C'est une des causes qui a été le plus discutée et à laquelle beaucoup d'auteurs ont attaché une grosse importance. Broca, William, Paget, Butlin citent des cas tout à fait frappants. Lebert trouve que l'hérédité joue dans 13 % des cas; Ménétrier, sur 235 cancers du sein et de l'utérus, a retrouvé un cancer chez les parents dans 9 % des cas, et dans la famille, dans 20 % des cas. Calvel, dans sa thèse, cite 33 observations, 27 fois on retrouve un cancer chez les aïeux, six fois chez les frères et sœurs. Nous-mêmes, avons trouvé dans nos observations deux fois un cancer chez la mère et chez la grand'mère de la malade (N° 1 et N° 22) et deux autres fois chez la mère (N° 8 et N° 12).

Les expériences sur le cancer des souris ont fait admettre à Murray, Apollant, etc..., qu'il n'y avait pas de prédisposition héréditaire; au contraire, d'après les recherches de Tizzer, la prédisposition au cancer serait trois fois plus forte chez les souris de lignée cancéreuse, et Miss Maud Slye considère même que la localisation et la nature de la tumeur sont héréditaires. Hutchinson pense que l'hérédité jouerait un rôle particulièrement important pour les cancers des jeunes. La question de l'hérédité mérite d'être approfondie et il serait intéressant de faire une statistique basée sur de très nombreux cas; bien entendu, les recherches sur les antécédents de chaque malade devraient y être suffisamment poussées. Peut-être ainsi arriverait-on à résoudre le problème de l'hérédité en matière de cancer. De plus, il y aurait lieu de chercher la part qui peut revenir à l'hérédité directe et celle qui peut revenir à l'hérédité de prédisposition.

Contagion.

Si le problème de l'hérédité n'est pas encore résolu, celui de la contagion l'est-il davantage ?

Pour ceux qui admettent l'origine parasitaire du cancer, il est logique que la contagion joue un rôle de première importance.

On trouve d'ailleurs dans la littérature, des observations frappantes à ce sujet :

Fiessinger et Arnaudet, en France, Ballans en Angleterre, on tparticulièrement étudié cette question et cherché s'il y avait des épidémies de cancers.

Parmi les cas cités dans la littérature, comme preuve de la contagion, on en trouve de très curieux se rapportant au cancer du col : Raymond, dans sa thèse, signale les cas décrits par Zacutius Lusitanius, Delbet, Guelliot, etc... Ce dernier, notamment, a trouvé 23 cancers du col consécutifs à 23 cancers de la verge chez les maris. De même, Clémon, Brouardel, Pelhe ont vu apparaître des épithéliomas de l'appareil génital de la femme, alors qu'il existait un cancer de la verge chez l'homme.

Malheureusement, dans ces observations, l'hypothèse d'une greffe paraît plus vraisemblable que celle de la contagion.

Contre l'existence de la contagion, on peut dire que les cas absolument typiques sont très rares; leur nombre est même si peu important que beaucoup d'auteurs pensent qu'il peut s'agir simplement d'une coïncidence. Ces cas de contagion devraient se rencontrer journellement; or, il n'en est rien. Il faudrait donc supposer que cette contagion pour se manifester, exige un terrain tout à fait spécial, ou bien, comme le dit Roger, qu'un grand nombre de sujets sont immunisés.

Ici aussi, comme pour l'hérédité, il serait bon de faire

une statistique; il ne faudrait pas tenir compte des observations qui ont été antérieurement publiées parce qu'elles sont insuffisamment précises (manque de biopsies) et qu'on ne peut pas les considérer comme sérieuses.

D'ailleurs, Ménétrier reste sceptique sur la contagiosité du cancer et qualifie même d'anecdotes tous les cas qui ont été publiés; certains parmi les auteurs actuels, comme Philibert et Besançon, nient même complètement l'existence de cette contagion.

Traumatismes.

L'action des traumatismes a été de tous temps considérée comme très importante dans la genèse du cancer. Au début de ce siècle, notamment, de nombreux auteurs, tant Français qu'étrangers, se sont occupés de cette question; beaucoup attribuent une réelle valeur aux traumatismes brusques et passagers, mais pour le sarcome seulement, l'épithélioma nécessitant comme intermédiaire le travail d'une inflammation chronique. Nous n'insisterons pas sur cette catégorie de faits, sur lesquels Segond, Cordonier et Muller ont émis des lois en 1907, lois d'ailleurs d'application courante en médecine légale; ce genre de traumatismes, en effet, ne peut être envisagé pour le cancer du col de l'utérus.

Irritations. - Inflammations chroniques. - Cicatrices. (première cause prédisposante).

Beaucoup plus intéressante est l'action des irritations, des inflammations chroniques et des cicatrices; d'une part, parce que le cancer du col est un épithélioma; d'autre part, parce que les cavités génitales de la femme sont très souvent le siège d'inflammations, et que la grosse majorité des malades sont des multipares (Auguste Brandao : 83 %).

L'irritation mécanique et l'irritation chimique jouent peu : tout au plus peut-on considérer celles qui résultent de l'application d'un pessaire ou d'un traitement de cervicite par un caustique.

Les inflammations chroniques et les cicatrices ont, au contraire, une importance capitale. Si le cancer de l'utérus est le plus fréquent, il faut bien remarquer que c'est aussi l'organe le plus souvent traumatisé et infecté (catarrhes infectieux à microbe spécifique ou non, ulcérations du col qui s'éternisent, traumatismes et déchirures d'origine puerpérale, cicatrices qui en sont la conséquence) ; de même, les tumeurs bénignes du corps, si courantes, favorisent et entretiennent les inflammations de voisinage.

Certains auteurs (Thiéry, Etienne), ont voulu faire jouer un rôle important aux hystérectomies sub-totales dans la genèse du cancer du col restant; mais, comme le dit Jeanneney (*Revue Fr. de Gyn.*, mai 1929), ces cas sont tellement rares (1 %) et la pathogénie du cancer tellement inconnue, qu'il est impossible de se faire une opinion précise. De toutes façons, le nombre insignifiant de ces cas ne peut pas faire écarter systématiquement les hystérectomies sub-totales, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes malades.

La plupart des chirurgiens reconnaissent qu'il existe des rapports étroits entre les cervicites et le cancer du col. Montel, dans sa thèse (Lyon, févr. 1929) signale la fréquence de ces cervicites chroniques ayant préexisté au cancer. La transition, dit-il, est insensible entre les signes inflammatoires et ceux de l'épithélioma, et les traumatismes obstétricaux qui favorisent l'inflammation, prédisposent aussi au cancer. Barley (*Surgery Gyn. et obst.*, mars 1930)montre aussi les rapports qui existent entre les deux affections. Tout comme Montel, il met en relief la transformation insensible qui se produit et il divise cette progression en quatre phases :

1° phase temporaire d'érosion vraie (irritation aiguë);

2° phase de réaction épithéliale à l'inflammation (prolifération et cicatrisation);

3° remplacement de l'épithélium cylindrique par un épithélium pavimenteux à la partie malade;

4° enfin, phase de cicatrisation finale; elle n'est cependant pas toujours atteinte car le germe infectieux est parfois trop virulent.

La malignité serait la séquelle ultime.

Schiller va encore plus loin; pour lui, on ne peut pas savoir, même approximativement, à quel moment le cancer a succédé à la cervicite; aucun signe particulier ne vient signaler son apparition; lorsqu'on peut le diagnostiquer, il y a déjà longtemps qu'il évolue; pour lui, cette évolution latente, particulièrement silencieuse chez les jeunes, durerait de longues années, et seul son test permettrait de la déceler.

Les *cicatrices* peuvent être, somme toute, rattachées aux inflammations chroniques; il se passe à leur niveau des phénomènes d'irritation continue des épithéliums englobés dans le tissu fibreux de formation nouvelle; ils se trouvent perdus en îlots hétérotopiques et pertubés dans leurs fonctions et leur nutrition. La naissance du cancer se trouve en effet, comme on le verra dans un chapitre suivant, en un point précis : sur l'épithélium pavimenteux aberrant qu'on trouve à l'orifice du canal cervical et en particulier à l'embouchure des glandes.

Syphilis.

La deuxième cause prédisposante, bien étudiée, et à laquelle la plupart des auteurs attribuent une grosse importance, est la *syphilis.*

Touraine et Ménétrier signalent que certains auteurs solidarisent les deux affections par leur dispersion dans le monde et dans la famille. Les pays restés à l'écart des

grands courants de la Colonisation et du Commerce, disent-ils, sont plus ou moins épargnés par les deux maladies. Colonisez un pays, très vite vous verrez apparaître la syphilis?, et dans trente ans le cancer. Les deux ont les mêmes zônes de condensation, nombreux dans les plaines où les communications sont faciles, rares dans les montagnes. Les villes sont les plus touchées. Enfin, les deux sont souvent intriqués dans la famille, avec l'alcoolisme comme troisième facteur surajouté.

Si on étudie le cancer chez les syphilitiques, que voit-on ? Que ceux-ci sont manifestement plus touchés que les sujets sains. Gollner, à Gotha, en 1906, trouve que 18 % des syphilitiques meurent cancéreux. Brunsgarrow, à Oslo, 18 % aussi, tandis que chez les sujets exempts de syphilis, on n'arrive qu'à 10 décès pour 10.000 habitants.

La syphilis présenterait aussi un rapport étroit avec la précocité du cancer; 30 % des cancéreux syphilitiques meurent avant 40 ans. 1,7 % seulement chez les sujets non syphilitiques (statistique de la Ville de Paris). Pour Ménétrier, tout cancer apparaissant avant 40 ans indique une syphilis, et il trouve qu'il y aurait une incubation de vingt ans environ, celle-ci étant fixée par le temps écoulé entre l'apparition de la syphilis et celle du cancer.

On expliquerait aussi le cancer chez les jeunes par une hérédo-syphilis; le plus souvent d'ailleurs, cette syphilis serait restée active parce que non traitée ou mal traitée.

L'idée que la syphilis est une prédisposition au cancer a été émise déjà par Ricord en 1873; Pfeiffer, lui, va plus loin, et dit que les deux maladies seraient dues au même parasite; le tréponème, dans sa forme spiralée donnerait la syphilis, et dans sa forme invisible, le cancer par excitation des cellules et karyokinèse.

Enfin, les deux affections présenteraient les mêmes trou-

bles du métabolisme (hyperglycémie, abaissement du rapport sérine-globuline, augmentation des phosphstides).

Il nous semble qu'il y ait là une grosse exagération. Le cancer, comme nous l'avons vu, se développe souvent au niveau d'une inflammation chronique, d'une irritation locale ou d'une cicatrice; or, de telles lésions sont fréquentes chez les syphilitiques. (Besançon appelle d'ailleurs la syphilis, la grande pourvoyeuse des cicatrices et autres lésions génératrices du cancer).

Pour les épithéliomas du col, plus encore que pour tous les autres (ceux de la cavité buccale exceptés) l'association de la syphilis et de lésions inflammatoires ou cicatricielles crée des états pré-cancéreux. On rencontre sur le col des plaques de leucoplasie, et, dans certains cas, l'on peut voir la filiation complète sur une même coupe (Demarest cite une observation caractéristique à ce sujet). Cependant, les choses sont en général moins poussées, et la leucokératose du col paraît beaucoup plus rare que celle de la langue. On voit cependant par là ce qui doit se produire le plus souvent et l'on peut dire que la syphilis, associée à une irritation locale, est la genèse de la leucoplasie sur laquelle s'est greffé le cancer.

Si bon nombre de syphilitiques deviennent cancéreux, tous les cancéreux ne sont pas syphilitiques (Paucot 50 %, Meyriel 50 %, Suquet 62 %, Bertrand 68 %, nous-même en avons trouvé 18 sur 43, soit 42 %).

Comme le dit Leprevost dans sa thèse, nous pensons donc que la syphilis appelle le cancer, mais que le cancer n'est pas une conséquence de la syphilis. Chez les jeunes, surtout, la syphilis jouerait un rôle de première importance, et le plus souvent, ce serait grâce à elle que les inflammations et les cicatrices du col pourraient faire le lit du cancer.

Tuberculose.

De même, certains auteurs ont vou lu trouver des rapports étroits entre la tuberculose et le cancer; dans le Congo Belge, disent-ils, on voit peu de cancéreux, mais cela tient à ce que les tuberculeux y sontrares. Appelmans dit même que le B.C.G. préserverait du cancer tout comme il le fait de la tuberculose. Le B.K., pour lui, serait un agent de néo-formation; îl jouerait dans l ecancer un rôle semblable à celui qu'il joue dans la tuberculose scléreuse ou venuqueuse. Peut-être aussi que le B.K. aurait une action indirecte et agirait en diminuant les défenses de l'organisme contre le cancer.

Là aussi entre une grosse part d'exagération; si la tuberculose agit, c'est à un bien moindre degré que la syphilis, mais comme elle en aidant la formation des états pré-cancéreux, c'est-à-dire qu'elle aussi, dans certains cas, ferait le lit du cancer.

SYMPTOMATOLOGIE et DIAGNOSTIC

Le cancer du col, qui est, comme nous l'avons déjà dit, le plus fréquent des cancers chez la femme, est aussi le plus curable; à condition, néanmoins, qu'il soit traité tout au début. Il exige donc que le diagnostic soit fait d'une manière très précoce, et plus encore chez la femme jeune puisque son évolution est plus rapide, plus sournoise et beaucoup plus grave.

Malheureusement, si les signes sont assez nets pour qu'on puisse le reconnaître facilement, les malades attendent toujours fort longtemps avant de consulter un médecin, trop souvent alors, on se trouve en présence d'un cancer avancé, parfois même inopérable. Il faut reconnaître cependant que la femme jeune, plus soigneuse et plus avertie, se fait d'ordinaire examiner plus tôt. Mais le diagnostic risque parfois de n'être pas fait, la malade n'ayant pas encore « l'âge du cancer », pour un médecin non averti de ce fait que le cancer existe assez souvent chez les jeunes.

Les femmes le plus souvent frappées sont les multipares; presque toujours leur col présente des érosions, des lésions de métrite chronique, des cicatrices, et enfin, dans 50 % des cas, les malades sont syphilitiques.

L'état général, au début, n'est pas touché; la malade se sent bien; elle n'a pas maigri, son appétit est conservé,

ses nuits sont calmes, elle ne ressent aucune douleur; ce n'est que beaucoup plus tard — trop tard — qu'elle éprouvera de cruelles souffrances, que son teint deviendra jaune paille, terreux, qu'en un mot, son aspect général suffira à faire un diagnostic de néoplasme; mais à ce moment, il ne sera plus temps, et c'est sans attendre ces signes grossiers que l'on doit découvrir le mal.

Presque toujours, l'existence d'un cancer du col est signalée en premier lieu par l'apparition de pertes qui sont de deux sortes, les unes blanches, les autres rouges.

Les pertes blanches ne présentent rien de particulier au début; elles sont semblables aux écoulements que l'on observe dans une cervicite banale; c'est une leucorrhée plus ou moins visqueuse, empesant le linge mais que les injections que prend la femme à ce moment n'améliorent guère; bien au contraire, ces pertes augmentent d'abondance; leur aspect lui-même change, elles deviennent plus claires et plus liquides, à tel point que la malade prend cette hydrorrhée pour de l'urine; puis, peu à peu, elles apparaissent rosées, tachées de sang. Plus tard encore, on aura des écoulements roussâtres, parsemés de débris sanieux et répandant une odeur infecte. Le vagin, les lèvres, les cuisses seront alors irrités malgré tous les soins d'hygiène qu'aura pu prendre la malade.

Ces pertes ne sont un signe de grande valeur que dans les rares cas de cancer glandulaire; l'hypersécrétion, due à une irritation des glandes cervicales par le cancer, est alors beaucoup plus abondante.

Les pertes rouges ont beaucoup plus d'importance; chez les vieilles femmes, déjà ménopausées, elles remplacent les règles; *chez les jeunes,* au contraire, c'est dans l'intervalle des règles qu'elles font leur apparition. Cependant, ces métrorragies ont souvent été précédées par des ménorragies; les règles sont devenues irrégulières, plus abondantes, leur durée a augmenté un peu tous les mois, mais

les femmes attachent peu d'importance à ces modifications; ce n'est que par un interrogatoire poussé qu'on arrive à leur faire préciser ces faits.

Les métrorragies sont beaucoup plus frappantes; ce sont des écoulements de sang pur, vermeil, peu abondants, capricieux, irréguliers, et qui surviennent d'une façon soudaine. Un traumatisme insignifiant suffit à les provoquer; c'est ainsi qu'elles apparaissent à la suite du coït, d'une injection, d'un examen gynécologique. Au début, ces pertes ne sont pas très fréquentes, mais au fur et à mesure que la maladie avance, elles se répètent plus souvent et elles arrivent par leur durée plus que par leur abondance, à anémier profondément la malade.

On peut avoir aussi de *véritables hémorragies* avec caillots et nous en relevons quelques cas dans nos observations. C'est d'ailleurs une caractéristique du cancer du col chez les jeunes. Une brusque élévation de la tension sanguine, un effort, la fatigue, la défécation peuvent suffire à les produire.

Les *douleurs* n'apparaissent que longtemps après, lorsque l'épithélioma a déjà acquis un certain volume et qu'il crée des phénomènes de compression. Comme le dit le Professeur Jeanneney (Médecine, juin 1933), *les douleurs au début sont exceptionnelles.* Lorsqu'elles existent, elles sont représentées par divers types : douleurs expulsives des cancers intra-canaliculaires avec pyométrie rares chez les jeunes; douleurs sourdes de certaines formes ulcéreuses assez fréquentes, chez les jeunes, surtout lorsqu'il y a réveil d'une vieille métro-annexite.

En général lorsque la douleur existe au début, chez la femme jeune elle est le plus souvent liée à une infection surajoutée de l'appareil génital ou urinaire. Cependant, chez les jeunes, ainsi que le disait Jayle, on voit des formes débutant par la douleur d'emblée, formes trés graves d'ailleurs, du fait que le cancer, dans ce cas, brûle les étapes.

De la triade symptomatique, pertes blanches, pertes rouges, et douleurs, les pertes rouges sont de beaucoup le signe le plus important et le signal d'alarme le plus sûr pour le clinicien. Il est indispensable alors de faire un examen gynécologique complet pour juger s'il y a un épithélioma, son degré d'envahissement et les complications qu'il a déjà pu entraîner.

Toucher vaginal.

Il est d'importance capitale, et à lui seul, il peut suffire à faire le diagnostic. Les renseignements qu'il fournit varient avec la forme et le stade d'évolution de l'épithélioma, mais ici nous n'envisagerons que le cancer du col au début. Donc, à la période initiatle, nous sentirons, soit :

1° une petite ulcération sur une lèvre; ce sera une érosion à bords durs, à fond friable, et qu'uncoup d'ongle pourra entamer sans difficulté (signe de Laroyenne);

2° une induration nodulaire sous-muqueuse; une lèvre du col paraîtra plus grosse et plus rigide et on sentira un petit nodule très dur.

3 ° un bourgeon végétant et friable; il ressemblera à une petite verrue ou à une framboise qui s'écrasera sous le doigt. Cette forme est fréquente chez la jeune femme;

4° un orific cervical légèrement entr'ouvert. Les lèvres seront cartonnées et l'ensemble du col augmenté de volume.

Dans chacun de ces cas, notre exploration, aussi douce soit-elle, entraînera une petite hémorragie.

Il faut examiner ensuite l'état des parois du vagin, voir si les culs de sacs sont libres et chercher si l'utérus n'a rien perdu de sa mobilité.

A un stade un peu plus avancé, lorsque les pertes seront devenues à peu près permanentes, les lésions du col seront les suivantes :

1° une ulcération qui aura détruit plus ou moins une lèvre; les bords en seront ligneux et le fond déchiqueté; c'est la forme ulcéreuse, ou bien

2° un gros col dont les lèvres éversées seront distendues par une tumeur sous-muqueuse; les culs de sacs seront en partie comblés; c'est la forme nodulaire, ou encore

3° une grosse masse bourgeonnante semblable à un choufleur, qui fera saillie dans le vagin; elle sera ferme et friable à la fois. C'est la forme papillaire, avec le col en bouchon de champagne. Ou enfin

4° un orifice cervical élargi où le doigt pénétrera facilement. Les parois du canal seront bourgeonnantes, grenues et friables. C'est la forme endo-cervicale.

Nous continuerons cette exploration par un examen au spéculum :

Examen au spéculum.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, il faut bien dire que son importance est loin d'atteindre celle du toucher vaginal. (Ici le toucher vaut mieux que la vue). Il faut cependant le faire et nous verrons alors au début :

1° une érosion à fond granuleux, rouge, suintante et saignante, ou

2° une saillie lisse un peu plus pâle que le reste de la muqueuse, ou encore

3° un petit bourgeon fongueux, friable et saignant, ou enfin

4° un orifice cervical élargi par où suinte un peu de sang, et sur son bord nous verrons une muqueuse exubérante.

Toucher rectal.

Enfin, cet examen sera complété par le toucher rectal. Il nous permettra de juger le degré d'infiltration des paramètres, l'état des ligaments utéro-sacrés et enfin il nous donnera une idée du volume de la tumeur.

Il ne faut pas oublier d'ajouter à ces examens la palpation des fosses iliaques, surtout si le cancer est un peu avancé; nous verrons ainsi l'état des ganglions; malheureusement, lorsqu'ils seront atteints, il sera très difficile de savoir s'il faut rattacher leur inflammation au cancer lui-même, ou simplement à l'infection surajoutée.

Nous avons vu que les signes du cancer du col sont assez nets, mais on peut se demander si, dans certains cas, le diagnostic ne peut pas être hésitant et si l'on ne risque pas de confondre cet épithélioma avec d'autres affections du col. Nous n'envisagerons que les états pathologiques qui peuvent prêter à confusion avec le cancer du col chez les femmes jeunes.

Diagnostic différentiel.

La forme ulcéreuse peut être confondue avec *l'ulcération métritique du col,* affection qui se rencontre souvent chez les jeunes. L'érosion peut être hérissée de petites saillies et avoir un aspect tomenteux semblable au cancer. L'ulcération alors est plus douloureuse, plus leucorrhéïque et moins hémorragique. Sa base est moins large et moins indurée, ses bords plus saillants, son fond plus creux. Le col lui-même est ferme mais non ligneux comme dans le cancer; il ne saigne presque pas et l'ongle ne l'entame pas. Les *ulcérations bacillaires et syphilitiques* peuvent, elles aussi, prêter à confusion avec cette forme du cancer; cependant, elles reposent sur un fond moins dur que le cancer et elles ne saignent pas aussi facilement. Ce diagnostic

différentiel est rendu très difficile dans bien des cas par le fait justement que beaucoup d'épithéliomas du col se greffent sur ces ulcérations syphilitiques et qu'on ne pense pas suffisamment au cancer quand la femme n'a pas 3 0ans.

La forme végétante prête moins à la confusion. Elle peut ressembler à un *polype* fibreux saignant, mais le doigt en fait facilement le tour et sent le pédicule s'enfoncer dans le col.

La *forme nodulaire* ou intersticielle peut être simulée par certains *gros cols métriques* contenant des nodules kystiques. Mais ces modules sont moins durs que ceux de l'épithélioma, ils sont mieux limités, la ponction de l'un d'eux ramène un liquide visqueux et provoque son affaissement. Elle peut ressembler aussi à un noyau fibromatexu isolé, mais ce noyau est plus limité, la muqueuse est saine et glisse sur lui.

La *forme endocervicale* est la plus délicate à diagnostiquer, car on ne sent et on ne voit que peu de choses. Elle se différencie peu du *fibrôme,* d'une *rétention placentaire ancienne,* du *polype intracavitaire.* Il ne faut pas hésiter dans ce cas à faire un curetage après dilatation du col, et à examiner hystologiquement les débris enlevés.

Biopsie

Lorsque les signes cliniques sont insuffisants à permettre de poser un diagnostic ferme de cancer du col, le laboratoire devient un précieux auxiliaire. Les réactions sérologiques (réaction d'Abderhalden, réaction de Joseph Thomas et Binetti, cuti-réaction, réaction de fixation, réaction de floculation de Kottmann) sont souvent d'une application pratique extrêmement délicate et ne paraissent pas avoir fait leurs preuves; elles ne permettent pas au praticien d'affirmer l'existence du néoplasme; la biopsie, par contre, est un procédé de choix. L'examen histologique du

tissu prélevé à la limite des lésions est le meilleur moyen de poser un diagnostic précoce et certain; elle peut donner non seulement des renseignements sur la nature cancéreuse ou non des lésions, et ainsi dicter ou empêcher une opération importante, mais encore préciser la nature histologique du cancer, et trancher l'opportunité d'un traitement curiethérapique ou chirurgical. Il faut donc faire une biopsie dans tous les cas, même lorsque la nature cancéreuse du mal est évidente. Pourtant, ce moyen de faire le diagnostic n'est pas encore absolu; tout comme le wasserman dans la recherche de la syphilis, *la biopsie ne signifie quelque chose que lorsqu'elle est positive.* Le Professeur Jeanneney a montré tout le danger que peuvent présenter les biopsies négatives (*Gyn. et Obst.*, t. XXIV, n° 4, octobre 1931); souvent, le cancer existe et la biopsie répond non, parce que le prélèvement a été fait à un mauvais endroit. Donc, la biopsie est un procédé utile, à employer dans tous les cas, mais il ne faut jamais éliminer la possibilité de cancer sous prétexte que cet examen a été négatif.

Résumé.

L'épithélioma du col chez la femme jeune présente une symptômatologie assez semblable à celle de la femme âgée; il faut attacher une importance particulière aux hémorragies abondantes et à la douleur d'emblée qui se rencontrent plus fréquemment dans ce cas.

En présence d'une femme jeune qui présente des troubles du côté de son appareil génital, il faut toujours penser au cancer du col, faire un examen gynécologique sérieux et ne pas éliminer ce diagnostic pour la seule raison que la malade n'a pas trente ans. Le nombre d'épithéliomas du col apparaissant avant cet âge est suffisamment important pour montrer que ce serait là une grave erreur, grosse de conséquences.

ANATOMOPATHOLOGIE

Au point de vue anatomo-pathologie, les deux questions intéressantes à connaître chez la femme jeune sont : d'une part, le point de départ du cancer du col utérin, d'autre part les formes de ce cancer.

La première de ces questions, étudiée en 1907 par Rothorn et Schottlaender, a été reprise par Shauta, Martin et Jung; pour eux, ce cancer naît, tantôt de la portion vaginale du col, tantôt de la muqueuse du canal cervical. Aujourd'hui, on ajoute classiquement à ces données que le cancer du col peut naître encore sur le cul de sac postérieur du vagin. Plus souvent, il naît d'un point précis : de l'épithélium pavimenteux aberrant qu'on trouve à l'orifice du canal cervical et qui semble s'être substitué par métaplasie aux éléments cylindriques du canal cervical et en particulier à l'embouchure des glandes.

La deuxième question a été fort bien étudiée par le Docteur Perramond, dans la thèse qu'il a soutenue à Bordeaux sous la direction de M. le Professeur Sabrazès. Il considère dans le cancer du col utérin quatre formes :

1° Une *forme papillaire* caractérisée par une ulcération irrégulière hérissée de saillies et aboutissant à la formation d'une masse végétante et friable; c'est la forme en

chou-fleur qui envahit le vagin et devient telle parfois qu'elle le distend.

Dans ce cas, la prolifération est dominée par l'hyperplasie fibreuse.

2° En opposition à la forme précédente, il décrit une forme caractérisée par une *ulcération térébrante;* elle creuse le col de plus en plus et bientôt il ne reste plus qu'un moignon rétracté dans le fond du vagin. Les tissus restants sont friables et saignent à la moindre exploration.

3° Ces deux formes peuvent n'être que l'aboutissant de la forme *nodulaire*. Ici, un ou plusieurs nodules sont enchâssés dans le col sous la muqueuse du museau de tanche. Ils ne tardent pas à être ulcérés et à évoluer suivant l'une des deux formes décrites plus haut. Parfois, dans ce cas, l'épithélioma a une origine glandulaire et l'on a alors un adéno-épithéliome glandulaire cubique ou cylindrique, qui a été fort bien étudié par Champy.

4° La dernière forme est plus particulière. C'est celle qui correspond au cancer ayant pour point de départ le canal cervical. La muqueuse *endo-cervicale* est infiltrée et ulcérée. Les lésions s'accroissent en profondeur; comme les couches externes du parenchyme réagissent et prolifèrent, on a alors un col volumineux; cette grosseur et une dureté particulière sont à peu près les seuls signes que l'on trouve dans ce cas par le toucher.

La forme histologique a aussi une grosse importance, surtout au point de vue pronostic et traitement, plus particulièrement pour les radiothérapeutes. Il y a deux grandes variétés de cancer du col à ce point de vue (G. Roussy) :

1° la *forme cylindrique*, qui est relativement rare (10 %) (5 % à 10 % dans nos observations) qui s'étend surtout en profondeur, et qui est *radio-résistante;*

2° l'épithélioma pavimenteux, le plus fréquent (90 %), qui se divise lui-même en

— baso-cellulaire (60 % d'après notre statistique);
— intermédiaire;
— spino-cellulaire (30 % d'après notre statistique).

Tous trois s'étendent en surface et en profondeur, et si les auteurs ne sont pas toujours d'accord pour savoir lequel des trois est le plus radio-sensible, il est certain qu'ils sont plus vulnérables au radium et aux rayons X que l'épithélioma cylindrique.

Régaud a établi un pourcentage d'après les différents cas qu'il a rencontrés et il est arrivé au résultat suivant :

Cancers épidermoïdes purs	47 %
Intermédiaires	16 %
Baso-cellulaires	36 %
Non-épidermoïdes	1 à 5 %

Pour lui, d'ailleurs, les épithéliomas *spino-celulaires* seraient les moins radio-sensibles. Or, c'est chez les jeunes qu'on les rencontre presque toujours.

Dans nos observations, nous avons 13 épithéliums spino-cellulaire et 23 baso-celulaire soit 40 % et 60 % environ.

PRONOSTICS

Le cancer est toujours excessivement grave, et bien que nous possédions deu xarmes contre lui, le radium et la chirurgie, les malades qui récidivent et qui finissent par succomber à ce terrible mal, sont encore très nombreux.

Mais, parmi les cancers, le cancer du col est celui pour lequel, aussi bien les radiothérapeutes que les chirurgiens giens, sont arrivés aux meilleurs résultats. Malheureusement, pour les jeunes, il n'en est pas de même, et Pozzi, en 1902, considérait comme perdues toutes les femmes de moins de 30 ans, qui étaient atteintes de cette affection. G. Frommolt et K. Weininger donnent leur impression sur le pronostic du cancer du col chez les jeunes (1931) : Ils ont traité 109 cas de cette sorte, 33 sont sans récidive depuis cinq ans, soit 30,3 % de guérisons. Ce chiffre, comparé au pourcentage de guérisons donné par différents auteurs pour les cancers du col chez les femmes d'âge mur (ce chiffre varie suivant les cas et suivant les auteurs, de 50 à 80 %), paraît bien inférieur. On peut donc dire que que le pronostic chez les femmes de moins de 30 ans est défavorable. Ces auteurs disent aussi que l'intervention dans ces cas doit être préférée à la curiethérapie et qu'on a moins d'échecs avec un bon Wertheim qu'avec le radium.

Nous serons encore plus pessimistes, et nous voyons parmi les observations que nous avons étudiées que la plupart des malades sont mortes. Seul un traitement très précoce (plus encore pour ces jeunes femmes que pour les vieilles) peut arriver à les sauver. Aussi faut-il faire un diagnostic avant que la femme n'ait de signes par trop évidents, et il serait bon au point de vue social d'arriver à faire des consultations périodiques pour essayer de déceler le cancer tout au début. Ce que dit Schiller : « La technique du Wertheim et du radium ont atteint un degré de perfection tel que l'on ne peut plus espérer les améliorer; les bons résultats ne peuvent donc plus augmenter qu'autant qu'on arrivera à prendre les cancers tout au début » ne paraît pas exagéré. Pour cette raison, il préconise sa méthode. C'est la coloration vitale au Lugol de la muqueuse du col; s'il est sain, en quelques minutes il est coloré en brun d'une manière uniforme; s'il y a un point malade, la coloration ne se produit pas à cet endroit; cette méthode ne peut d'ailleurs être appliquée que tout au début. Ainsi, dit Schiller, par une application systématique de cette méthode, on arrive à opérer suffisamment tôt et l'on obtient 90 % de guérisons.

Williams et P. Graves disent que les chances de guérison sont en raison inverse de l'âge de la lésion; pour eux, le cancer ne ferait pas suite à une cervicite chronique, celle-ci dans bien des cas, ne serait qu'un aspect de cet épithélium au début; avant que le cancer puisse être diagnostiqué, il y aurait une longue période de latence, et c'est alors que le test de Schiller présenterait tout son intérêt.

Le pronostic varie aussi avec la forme, et c'est ainsi que l'épithélioma pavimenteux est plus grave que le cylindrique; que l'épithélioma spino-celulaire a une évolution beaucoup plus rapide et une extension beaucoup plus grande que l'épithélioma baso-cellulaire; or, on ne le voit

presque que chez les jeunes, ce qui explique les mauvais résultats que l'on obtient chez ces malades.

Enfin, ce qui fait la gravité particulière du cancer du col chez les jeunes, c'est que le début est absolument silencieux, et le mal est d'autant plus avancé à l'apparition du symptôme signal, que la malade est plus jeune. Et Jayle dit fort justement que « les jeunes consultent plus tôt que les vieilles, mais comme chez les jeunes la marche est beaucoup plus rapide, il en résulte que les cas opérables sont l'exception chez toutes ».

EVOLUTION

Pour Gusserow et Lebert, l'évolution du cancer du col serait en moyenne de 15 à 24 mois, mais si chez les femmes âgées, ce temps peut être considérablement augmenté, chez les jeunes, au contraire, ce carcimone brûle les étapes et en quelques mois les malades sont emportées.

Pour ls uns comme pour les autres, la mort est fatale, mais l'échéance est beaucoup plus près pour celles qui ont moins de 30 ans.

Le cancer localisé au col ne tarde pas à s'étendre. Il le fait de deux façons :

1° Par infection : soit par greffe, soit par les lymphatiques (les greffes vaginales sont très difficilement curables à cause des ganglions qui sont atteints);

2° Par infiltration. La propagation se fait alors aux paramètres, aux uretères, au rectum et aux ligaments larges. Il est à remarquer que le péritoine est rarement dépassé.

La propagation est dite descendante lorsqu'elle se fait dans le vagin, ascendante lorsqu'elle gagne le corps utérin et cette forme a été particulièrement étudiée dans une thèse de M. le Professeur Sabrazes. Les métastases sont assez rares et se rencontrent surtout depuis l'usage du radium. Le cancer préfère en effet s'étendre de proche en

proche jusqu'à arriver à souder entre eux tous les organes du petit bassin. Cependant chez les jeunes femmes, elles sont beaucoup plus fréquentes et ceci entre pour une large part dans la gravité du pronostic.

Il pourrait paraître oisif de vouloir savoir de quoi meurent les malades atteintes d'un cancer du col de l'utérus inopérable; mais si l'on commence à revoir ce qu'on peut trouver dans la littérature, on voit qu'on peut faire des constatations fort intéressantes. Et on a le droit ensuite de se demander si tout ce qu'on trouve ainsi mentionné correspond à ce que nous pouvons voir tous les jours lors de l'observation de ces pauvres malades.

C'est ainsi qu'on a coutume de dire et de répéter que les cancéreux meurent à la fin de cachexie et on oublie que sous cette cachexie apparente vient souvent se cacher une affection, ou un groupe d'altérations pathologiques qui peuvent expliquer cet état que nous nous sommes habitués d'appeler cachexie.

Voyons donc ce qui se passe effectivement.

Le cancer du col de l'utérus arrivé à la phase de l'inopérabilité progresse surtout par extension locale et nous connaissons tous ces tissus paramétrians, périutérins, fortement infiltrés jusqu'au niveau du bassin, ces masses glanglionnaires épaisses, plaquées entre les parois pelviennes, se surajoutant à ces infiltrations diffuses et leur donnant au toucher cette sensation bosselée. Il n'est pas étonnant d'admettre d'emblée que des uretères qui cheminent dans ces tissus profondément altérés ne se trouvent placés dans des conditions particulières portant préjudice à leur bon fonctionnement.

Quand on revoit les statistiques concernant les autopsies de femmes mortes de cancer du col de l'utérus, on peut constater fréquemment qu'il existe du côté de l'appareil uretéro-vésical des altérations importantes, à savoir:

dilatation des uretères, diminution du tissu parenchymateux des reins, dilatation des bassinets, associée à l'infection.

C'est ainsi que Féri et Caron (1883) notent sur 51 cas de cancers de l'utérus, 21 fois dilatation bilatérale des uretères, 19 fois unilatérale. Charcot (1881) prétendait que la moitié des malades présentant un cancer de l'utérus mouraient d'anurie. L. Strobel a trouvé parmi 48 cancers du col, 31 fois la compression bilatérale des uretères, et dix fois, la compression seulement unilatérale, avec hydro ou pyonéphrose consécutive; Lancereaux, sur 23 cancers, 18 fois une urémie.

Cette compression des uretères peut se faire de deux façons; soit par infiltration paramétrane massive, soit par des ganglions atteints de néoplasme et venant enserrer l'un ou l'autre uretère. Il est par contre rare que le tissu de l'uretère lui-même soit envahi directement par le cancer et que la compression de la lumière se fasse par une infiltration cancéreuse de la paroi de l'uretère. Ces altérations au niveau des uretères (compression) commencent déjà relativement tôt pendant l'évolution de la maladie, mais d'une façon peu prononcée, sûrement, par contre, au moment où l'infiltration dans le paramètre prend un caractère plus important et effectivement nous voyons assez souvent lors de l'opération élargie de Wertheim, une dilatation de l'uretère située au-dessus de l'endroit de la compression au niveau du paramètre, dilatation qui guide aisément lors de la préparation de l'uretère dans ce tissu infiltré. Uteau, dans sa thèse, consacre une large part à la façon dont se fait cette compression, et fait ressortir que l'oblitération absolue est exceptionnelle, et jamais bilatérale. Mais il ne croit pas que la compression de l'uretère et l'altération vésicale soit suffisante pour expliquer anatomiquement l'anurie; il invoque donc une pathogénie mixte et

fait en plus entrer en action un réflexe inhibiteur; généralement cette anurie revêt une allure tranquille.

Nous voyons ces mêmes phénomènes de compression de l'uretère s'établir quelquefois encore après l'hystérectomie élargie — et ceci dans les cas où, au niveau du champ opératoire, le tissu cicatriciel se forme d'une façon très marquée autour de l'uretère, peut-être sous l'influence d'une infection localisée; là aussi la dilatation des uretères au-dessus de l'endroit rétréci, mène aux symptômes de dilatation du bassinet et du rein avec toutes ses conséquences, hydro et pyénéphrose, et cette complication peut retarder singulièrement la guérison, vu que les phénomènes infectieux viennent se placer au premier plan.

Pour peu qu'on y attache une certanie attention, on arrive à dépister déjà très tôt, pendant l'évolution du cancer du col inopérable, l'établissement des premiers phénomènes cliniques de cette compression de l'uretère, la dysfonction rénale et une légère albuminerie; avec la progression locale du cancer, la compression augmente, la contre-pression dans les deux bassinets des reins devient tellement grande que la pression de filtration dans les glomérules des reins ne suffit plus pour la surmonter; la secrétion urinaire ne peut plus se faire, ou seulement d'une façon très incomplète; il y a rétention d'urée et l'image clinique d'urémie s'établit. Beaucoup de malades meurent donc de cette urémie.

Si l'urémie est la complication la plus fréquente, la compression du rectum se rencontre aussi. L'obstruction s'établit peu à peu, le ventre est ballonné, les anses distendues, et la malade est sous l'effet d'une auto-intoxication qui ne tarde pas à l'emporter.

Dans l'évolution, lorsque le degré est assez avancé, les phlébites sont courantes.

Nous avons vu quelle était la marche du cancer non

traité, mais qu'advient-il des femmes chez qui le traitement s'est montré inefficace ?

Tout d'abord, une malade doit être surveillée de très près pendant cinq ans, et ce n'est qu'après ce laps de temps que l'on pourra parler de guérison. Lorsqu'elle nous apparaîtra fatiguée et amaigrie, nous devrons penser à une récidive possible. On cherchera si, en dehors de toute infection, la vitesse de sédimentation des globules rouges est augmentée. On fera un examen local très poussé. On sera attiré particulièrement par les douleurs qu'accuse la patiente en pensant qu'elles peuvent fort bien être causées par une métastase. Et il faudra surtout une collaboration constante du praticien et du spécialiste.

TRAITEMENT DU CANCER DU COL

Existe-t-il un traitement spécial du cancer du col chez les femmes jeunes ? Ce n'est en réalité qu'un des problèmes du traitement du cancer chez les jeunes.

Deux méthodes sont en présence :

1° une méthode chirurgicale;

2° une méthode de traitement par les agents physiques.

Voyons rapidement quelles sont les grandes lignes de chacune de ces deux méthodes, et nous verrons ensuite laquelle il vaut mieux appliquer lorsqu'il s'agit d'une jeune malade.

Le traitement chirurgical curatif est celui qui a en vue d'obtenir une guérison radicale et définitive. Il faut donc pour cela enlever tout le mal, et l'on y arrivera d'autant plus facilement que les lésions seront moins étendues. Mais, dès que le cancer évoluera depuis un certain temps, dès qu'il aura gagné les autres parties de l'appareil génital, dès qu'il aura envahi les paramètres, l'opération sera beaucoup plus difficile et même impossible dans bien des cas.

Cet envahissement est fonction, d'une part, de l'âge de la tumeur, d'autre part de la forme anatomo-pathologique de cette tumeur.

Jean-Louis Fauré, qui est un de ceux qui ont le mieux étudié ela question dit :

« La meilleure *forme est la forme végétante;* elle paraît pourtant très importante et à voir le vagin envahi par ces grosses masses bougeonnantes, on peut penser que l'opération sera très difficile; et cependant, après un curetage énergique sous anesthésie, elle se révèle parfaitement faisable.

La *forme intermédiaire* à la végétante et à l'interstitielle est bonne aussi.

Plus traitresse est la *forme interstitielle;* souvent, au toucher les signes sont peu importants, le vagin n'est guère envahi, les culs de sacs sont libres; malgré cela, ces cas sont mauvais. On délimite mal ce cancer; on ne sait pas où il s'arrête en profondeur, et seule la mobilité utérine sert d'indication.

Plus trompeuse encore est la *forme ulcéreuse;* comme dans la précédente, on délimite mal l'étendue des lésions; les cancers cylindriques, notamment, peuvent envahir les ligaments larges sans qu'on s'en doute, et ici aussi on doit se baser uniquement sur la mobilité utérine.

Les ganglions ne sont souvent pas constatables; l'état général n'intervient comme contre-indication que s'il est franchement mauvais et l'envahissement du vagin a peu d'importance. Les douleurs, au contraire, sont de mauvais augure.

Quant au temps depuis lequel évolue le néoplasme, il est évident que son importance es tde premier ordre et l'étendue des lésions est proportionnelle à l'âge du cancer. Cette marche est d'ailleurs beaucoup plus rapide chez les jeunes femmes, surtout si l'on a affaire à un épithélioma spino-cellulaire.

Keller dit que l'opérabilité est difficile à déterminer; seuls, sont franchement opérables, les cas tout à fait au

début, ceux où le cancer est très limité, et franchement inopérables ceux où l'épithélioma a progressé largement, où il forme des masses néoplasiques soudées aux organes du petit bassin. Entre ces deux extrêmes, il est bien difficile de se prononcer et l'on n'est absolument renseigné que lorsque l'on a fait une laparatomie et même l'infiltration d'un paramètre n'est souvent déterminée qu'après un essai de clivage; de même, l'adhérence à la vessie n'est constatée qu'après un essai de décollement. C'est pourquoi, dit-il, il faut intervenir sans idée préconçue et se laisser conduire par les découvertes opératoires.

Nous voyons donc par là que pour avoir de bons résultats, il ne faut intervenir que sur des cancers très limités, autrement dit sur ceux qui correspondent au degré n° 1 de la classification de Regaud. Pour ceux-là seuls on est assuré, avant l'intervention, qu'elle pourra se faire dans de bonnes conditions et avec le minimum de risques.

Les cas plus avancés, atteignant le deuxième ou troisième degré, seront abandonnés par le chirurgien au profit des radiothérapeutes.

Les indications opératoires étant posées, *quelles sont les interventions* que l'on peut faire pour avoir le plus de chances de guérir définitivement la malade ?

Ces dernières années, cette question a beaucoup évolué. Autrefois, un seul traitement existait : la chirurgie. Aussi était-on obligé d'intervenir, ou tout au moins d'essayer d'intervenir presque toujours. De plus, l'asepsie insuffisante, la technique et les instruments rudimentaires, empêchaient le s chirurgiens de faire les grosses opérations qui, seules, donnent la possibilité d'enlever tout ce qui est atteint. C'est ainsi que l'on faisait l'amputation du col, qui, comme seul avantage, présentait celui de ne pas ouvrir la cavité abdominale. Puis, on a fait ensuite l'hystérectomie par voie basse, hystérectomie péritonéo-vaginale trans-

formée par Schauta suivant la pratique de Schuchardt; la dissection était difficile et l'on ne travaillait pas dans une lumière suffisante.

Aujourd'hui, l'hystérectomie par voie abdominale est la seule qui mérite d'être conservée. Freund, en 1882, l'a fait avec succès, mais malgré ce beau résultat; elle fut vite abandonnée, étant trop grave pour l'époque. En 1895, elle fut reprise, sa technique fut améliorée, l'usage du plan incliné et de l'asepsie rendirent ses suites moins fâcheuses. A cette même époque, Rios, de Chicago, la modifie; il en fait une opération plus large (en plus de l'utérus, il enlève la partie supérieure du vagin, et le plus qu'il peut des paramètres). Wertheim reprend cette technique et lui laisse son nom. Depuis, les modifications apportées, comme le drainage à la Mickulicz, en ont fait une opération de choix dont le degré de perfectionnement est tel qu'on ne peut plus espérer améliorer ses résultats. La gravité immédiate de cette opération a beaucoup diminué; au début, Wertheim avait 30 % de mortalité opératoire; la majeure partie des auteurs signalent aujourd'hui de 10 à 15 % de décès. Le Professeur Bégouin, en 1930, a publié une statistique personnelle de 75 cas où il n'avait enregistré que 6 décès, soit 8 %. Enfin, Jean-Louis Faure, le grand Maître en la matière, arrive, grâce au mickulicz à 2,66 % de mortalité (dans cette statistique, il est vrai n'entrent que des cas très choisis).

Mais, quels en sont les résultats éloignés ? Hellmut Kamniker (Arch. für Gynack, t. CXLVIII, n° 1, 1932) signale sur 238 cancers du col qu'li a opérés de 1921 à 1930, 114 guérisons après cinq ans, soit 48,3 %; les meilleurs résultats, di-til, sont obtenus pour les malades de 36 à 50 ans. *Ils sont mauvais pour les malades plus jeunes.* E. Philip (Zentralblatt für Gynack, t. LVI, n° 15, 1932), sur 1.778 cas, a fait 123 Wertheims et 207 malades ont guéri, soit 49 %. Violet

donne 7 % de morts immédiates et 40 % de guérisons après cinq ans. (Certains parmi ses malades, avaient pourtant des cancers aavncés.) Le Docteur Leclerc, de Dijon, sur 23 cas, a eu 12 guérisons après six ans, soit 57 %, et si l'on tient compte de la mortalité immédiate, qui a été de 10 %, on arrive au chiffre de 53,3 %.

Pour les cas qui ont été pris tout à fait au début, Jean-Louis Faure signale 80 % de guérisons définitives; 50 % lorsque le vagin est envahi, et il obtient encore 27 % de succès à la limite de l'opérabilité, c'est-à-dire lorsque l'épithéliomà a déjà pris une certaine proportion, les paramètres n'étant cependant pas envahis.

Dans les cas encore plus avancés, la guérison est exceptionnelle.

Les résultats chirurgicaux sont donc excellents pour le cancer du col en général et avec des cas choisis, on peut espérer arriver à un taux de guérisons de 80 % comme l'a obtenu Jean-Louis Faure; Schiller dit même que si on diagnostiquait ces cancers encore plus tôt, grâce à son test, on pourrait espérer atteindre 90 % de guérisons.

Il est assez difficile de se faire une opinion sur la valeur du traitement chirurgical chez les jeunes, car, dans la plupart des statistiques que nous avons consultées, l'âge et la durée de guérison ne sont pas indiqués de façon précise. Cependant, G. Frommolt, K. Weninger signalent 30,3 % de guérisons après cinq ans chez les malades au-dessous de 30 ans; si ces résultats sont loin de valoir les 80 % que publie Jean-Louis Faure, ou même les 50 % de la majorité des chirurgiens, ils sont malgré tout excellents puisque Pozzi, en 1902, considérait comme perdue toute femme de moins de 30 ans qui avait un cancer du col.

En faveur du traitement chirurgical chez les jeunes, notons la meilleure résistance de la malade et, généralement, l'intégrité de ses émonctoires. Contre le traitement chirur-

gical, on peut retenir la plus grande rapidité d'envahissement des paramètres par les cellules cancéreuses et la difficulté que l'on a à apprécier l'opérabilité des cas. De plus, chez les jeunes, le cancer du col est encore plus silencieux au début, de sorte qu'il est rare de voir des cas du premier degré absolument purs.

Curiethérapie.

La curiethérapie est basée sur l'action spécifique qu'ont les rayons gamas sur la cellule cancéreuse, et, tout comme le Wertheim est en chirurgie l'opération de choix, le radium est en physiothérapie le traitement par excellence des cancers du col. On utilise des tubes de radium que l'on place dans les culs de sacs vaginaux et dans le canal cervical. Si ce canal est imperméable, on attend que les tubes péricervicaux soient arrivés à dégager l'orifice du col, et alors, on peut faire pénétrer les tubes. Ces tubes sont maintenus en place par le colpostat de Régaud, par le pessaire de De Nabias ou le porte-tube d'Hubney. Cette application doit se faire avec précautions; grande aseptie et les mêmes soins que pour une véritable intervention, car les accidents immédiats qui se produisent (rarement il est vrai) ne sont dus qu'à une mauvaise technique (douleurs pelviennes, lymphangites pelviennes, abcès du ligament large, pelvi-péritonite, en sont les principaux inconvénients).

On pose en général quatre tubes de 10 mmg. de radium-élément (deux dans le vagin, deux dans le col, — on en ajoute parfois un cinquième) avec filtre de platine de 1 mm. On laisse le tout en place, cinq, six ou sept jours, de façon que la dose journalière soit de 6 à 8 mcd. et la dose totale reçue de 40 à 60 mcd.

Au début on utilisait des tubes de 25 à 60 mmg.; les doses employées étaient plus fortes, mais l'expérience a

montré qu'il valait mieux employer des doses moindres et échelonnées sur un nombre de jours assez grand (une semaine après l'ablation du radium, les bourgeons disparaissent — trois semaines après on a un assouplissement des culs de sacs).

Les hémorragies persistent encore quelques jours, puis peu à peu la cicatrisation se produit et il reste au bout de deux à trois mois un col dur et indolent au fond d'un vagin infundi-buliforme et un utérus mobile. Certaines malades présentent au cours du traitement des nausées, vomissements, parfois même un tableau typique de péritonite et de la température; comme nous l'avons dit, avec une bonne technique et en prenant soin de faire précéder le traitement d'une désinfection du vagin, on arrive à les éviter.

En revanche, les douleurs disparaissent très vite et les hémorragies s'arrêtent au bout de peu de temps. Dans des examens après autopsies de sujets morts de toute autre chose, on n'a plus retrouvé trace de cancer. Malheureusement, d'autres fois, il était resté un petit noyau avec une répullulation.

A la Curiethérapie, on ajoute aujourd'hui la Roentgenthérapie. Celle-ci précède ou suit la pose de radium. En général, on ne fait la radiothérapie avant, que si on a affaire à de gros cols imperméables et très infectés. Au Centre anticancéreux de Bordeaux, M. le Professeur Réchou et ses assistants, le Professeur agrégé Wangemez et le Docteur Mathey-Cornat appliquent cette association couramment; les séances de Rayons X sont faites habituellement quinze jours à un mois après l'ablation des tubes. Lamarque et Roux préconisent aussi cette association et considèrent la radiothérapie comme un complément efficace de la curiethérapie.

Depuis plus de quinze ans que le radium est entré dans

la thérapeutique du cancer du col, les documents cliniques se sont accumulés et aujourd'hui les curiethérapeutes sont en mesure d'apporter leurs résultats éloignés. Pour les chirurgiens, ce sont surtout des cas de début qu'il faut étudier et c'est autour de ces cas que se cantonne maintenant toute discussion. Aussi, nous n'envisagerons que ceux-là.

Leclerc, dans sa communication à la Société de Chirurgie de Lyon (juin 1931) cite 15 cas traités par le radium, deux sont mortes de maladies intercurrentes, sept ont récidivé, six sont guéries après trois ans; ce qui donne 46 % de guérisons.

Régaud, dans sa statistique au Congrès de Rome, indiquait 42 % après cinq ans, mais ces deux statistiques sont assez anciennes.

Lacoste, dans la thèse qu'il a soutenue à Bordeaux en 1934, a communiqué la statistique de M. le Professeur Réchou; dans les cas à la limite de l'opérabilité, il donne 45 % de guérisons et 72 % pour les cas de début. Ce sont là des moyennes qui se retrouvent à peu près dans tous les Centres de traitement par radiation.

D. Mil-Netouser a irradié à Prague, seize cancers inopérables, et a eu seize guérisons après cinq ans.

Actuellement, on tend à remplacer la curiethérapie locale par la télécuriethérapie. Elle présente un gros avantage : c'est que, les radiations étant faites à distance, on évite la petite intervention qui consiste à poser les tubes. Malheureusement, la quantité de radium que nécessite cette façon d'opérer est beaucoup plus importante (de l'ordre de 3 à 4 gr.)et seuls quelques Centres, comme celui de Bordeaux, peuvent disposer de doses aussi importantes de ce corps précieux. Le Professeur Réchou a d'ailleurs employé cette méthode dans de nombreux cas.

La radiothérapie, employée seule, est à peu près délaissée aujourd'hui, sauf comme traitement palliatif dans les

cancers trop avancés, ou dans les récidives. On ne peut plus considérer qu'elle donne des guérisons vraies et elle n'est plus utilisée qu'en association avec le radium ou avec la chirurgie.

La plus grande objection qu'on puisse faire au traitement curiethérapique et radiothérapique est l'incertitude dans laquelle on est dans un cas, au début, de savoir si les agents physiques employés agiront. Il n'existe pas à l'heure actuelle de test permettant de juger de façon approximative la radio-sensibilité d'un néoplasme. Aussi, peut-on avoir un échec du traitement, même pour les cancers pris tout au début.

La question qui se pose est donc de savoir lequel de ces deux traitements il vaut mieux appliquer lorsque l'on a à traiter un cancer du col chez une jeune malade.

Il semble bien acquis actuellement que dès que le cancer a commencé à s'étendre en dehors de l'utérus, dès que notamment, les paramètres sont infiltrés, la cause du radium est gagnée. Les résultats opératoires sont en effet désastreux pour ces cas et les guérisons exceptionnelles, alors que même dans les épithéliomas très avancés, le radium donne encore 23 % de succès. C'est là la grande règle que donne à suivre le Professeur Guyot. Le Professeur Bégouin a d'ailleurs fait paraître une statistique des cas qui'l a fait traiter par le radium jusqu'en 1924, et pour les cancers inopérables il a encore eu 33 % de guérisons.

Pour les épithéliomas du premier degré, l'accord est loin d'être aussi absolu. Il est incontestable que les différentes statistiques présentent un léger avantage pour le Wertheim. Les 45 et 72 % de Lacoste correspondant aux 50 et 80 % de Jean-Louis Faure montrent cet avantage. Leclerc, qui s'attache particulièrement à la cause du radium doit en convenir. Hellmut et Kammiker, sur 191 cas irra-

diés, n'ont eu que huit guérisons après cinq ans. E. Philip, sur 1.355 cas, n'en a eu que 264. Ces deux statistiques seraient tout à fait en faveur de l'intervention puisque ces mêmes auteurs ont obtenu respectivement 48,3 % et 49 % après le Wertheim, mais les cas opérés étaient des cas choisis et seuls ont été réservés à la curiethérapie, les malades inopérables.

Néanmoins, la question peut être résolue le plus souvent en cherchant les indications de l'une et de l'autre méthode. Si on a affaire à une femme ayant un cancer au début, et dont l'obésité ou l'état général fassent prévoir une opération difficile, qu'on la laisse au radiothérapeute. Au contraire, si l'on a affaire à une femme dont l'état général est excellent, dont les parois sont bonnes, dont l'épithélioma paraît être peu sensible aux radiations, elle est toute indiquée pour le chirurgien. Cutler (New England j. of. med., mars 1929) a d'ailleurs écrit qu'un carcimone avancé mais radio-sensible donnait de bien meilleurs résultats qu'un carcimone au début, mais radio-résistant. Les cas où aucune indication particulière n'attire le choix de l'une ou l'autre méthode, il importe peu en général que soit appliqué le traitement curiethérapique ou le traitement chirurgical.

Pour les jeunes, il n'en est pas de même. Souvent, chez eux, on a affaire à des épithéliomas spino-cellulaires peu sensibles aux radiations, les récidives, de plus, sont fréquentes et, d'une façon générale, il est difficile chez les jeunes de prévoir ce que donnera le radium. Mickulitz et Radecki disent d'ailleurs que les épithéliomas chez ces malades réagissent au radium d'une façon tout à fait irrégulière et toute différente quelle que soit leur forme histologique et que, pour cette raison, on doit toujours préférer un bon Wertheim si la chose est possible (Zbl. Gynäck. 34, N° 1).

Nous dirons donc pour conclure que chez les jeunes le choix sera la plupart du temps impossible, parce que le néoplasme évolue très vite et que la plupart des cas que l'on verra auront dépassé le premier degré. Quant aux autres, chaque fois que l'on pourra intervenir, aucune hésitation n'est permise, classiquement l'opération est le traitement le plus indiqué.

Sylvain Mosse indique une règle analogue puisqu'il écrit: « Il faut opérer tant que c'est possible, *surtout chez les jeunes,* qui supportent mieux l'opération. »

ASSOCIATION

L'association du radium et du wertheim est une méthode tout à fait logique et grâce à laquelle semblent devoir s'additionner l'avantage des deux traitements. On ne peut pas cependant lui donner une base scientifique par des examens histologiques d'utérus enlevés après irradiations. Les résultats de ces examens varient d'ailleurs avec le temps écoulé entre la radiumthérapie et l'intervention.

Si le wertheim est fait un mois à deux mois après les irradiations, on ne trouve plus de cellules néoplasiques.

Si ce temps est moins long, les cellules néoplasiques sont encore souvent reconnaissables, mais probablement elles ne sont plus aptes à se reproduire.

Les résultats sont sensiblement les mêmes que ceux du wertehim seul, ou du radium seul, aussi paradoxal que cela puisse paraître. Le seul avantage, c'est qu'en obtenant la régression partielle ou totale de la tumeur, et surtout l'asepsie des lésions, les conditions opératoires sont très améliorées, à la condition toutefois que la radiumthérapie soit faite sous forme atténuée. A dose massive, au contraire, l'opération est rendue beaucoup plus grave; d'ailleurs, dans ce cas, l'hystérectomie paraît un supplément inutile. Faure condamne le radium avant, Proust après, et peu à peu, cette méthode est abandonnée.

La *radiothérapie* préopératoire n'intervient guère que pour les cols infectés.

Postopératoire ou préventive pour Guilbert et Audain, elle est illusoire. Ce que l'on recherche, c'est l'hystolyse des cellules aberrantes qui ont échappé au bistouri avant leur organisation, or les Rayons X n'agissent que sur les tumeurs organisées.

Nous voyons donc que ces divers traitements ne sont pas à retenir, et les deux seuls vrais sont :

— Le wertheim,

— Le radium associé à la radio.

Nous signalerons en terminant que Revelis, dans un article de « Bruxelles médical » (8 décembre 1935) prône un vaccin fait d'extrait organique liquide de moelle et un sérum répondant au parasite, qu'il aurait découvert. Les expériences qu'il a entreprises seraient concluantes. Nous avons d'ailleurs appris qu'un malade, qui était atteint d'un néo, qui fut jugé inopérable, aurait guéri grâce aux bons effets de ce sérum. Que faut-il penser de ce traitement ? L'avenir seul pourra permettre de le juger.

Enfin, lorsque ni la chirurgie, ni le radium, ni les rayons X ne peuvent être appliqués, il ne reste plus qu'à employer un traitement palliatif et symptômatique pour retarder d'autant l'emploi de la morphine. A ce point de vue, Gaube, du Gers, préconise les préparations colloïdales de cuivre, de sélénium, qui apporteraient d'importantes améliorations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Marie L... demeurant à Pau.

La malade âgée de 26 ans, entre dans le service du Professeur Réchou le 22 novembre 1929, envoyée par son médecin pour un épithélioma du col.

Il est intéressant de remarquer que *sa grand-mère* est morte *d'une tumeur de l'utérus* et *sa mère d'une tumeur au sein.*

Réglée à 12 ans d'une façon normale, mariée à 25 ans.

Au mois de mai 1928, elle a fait une fausse-couche. A ce moment sont apparues des pertes qui, de jaunes qu'elles étaient d'abord, sont devenues rousses;

En mars 1929 un chirurgien de Pau lui fait une résection du col par voie vaginale. A la suite de cette opération l'état de la malade est très amélioré, mais au mois d'octobre les pertes réapparaissent et deviennent de plus en plus abondantes. D'autre part, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre.

Elle est adressée au Centre le 22 novembre 1929, où l'examen révèle un colbourgeonnant, saignant, avec un paramètre droit infiltré, mais vagin est souple et l'utérus mobile.

Biopsie : basocellulaire.

Après quelques injections, le Professeur Réchou fait une application de radium au mois de décembre. Quinze jours après l'ablation des tubes on lui fait de la radiothérapie, mais on ne tarde pas à arrêter ce nouveau traitement car la malade fait une forte hémorragie.

Elle sort en janvier 1930.

En 1931, apparait une petite tumeur au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur; elle est ronde et non douloureuse.

En 1932, l'appareil génital va bien mais comme la tumeur n'a pas regressé, on fait de la radiothérapie. Quelques mois après, la tumeur, qui a un peu diminué, se fistulise; on pense alors à une bacillose.

En 1933, on fait une injection au cobaye qui reste négative; on applique cependant un traitement au sel d'or.

Le *B. W.* est fortement positif.

En résumé. — Malade de 26 ans, hérédité cancéreuse caractéristique, syphilitique, probablement bacillaire, qui a fait un épithélioma du col; à la suite d'une résection de son col, on lui a fait un traitement Curiethérapique, lequel n'a pas pu être complété par la radiothérapie.

OBSERVATION N° 2

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Rachel R... (Charente-Inférieure).

Malade, âgée de 26 ans, qui entre dans le service du Professeur Réchou le 10 juillet 1935.

Elle a subi un wertheim pour cancer du col (1933) et elle présente une récidive dans la partie droite du pelvis.

Le vagin est souple, mais à droite on sent à travers la paroi une masse dure et fixée, de la grosseur d'une mandarine.

Le 22 juillet on lui fait de la télécuriethérapie. Le 13 août,

elle présente une insuffisance cardiaque. Le 17, elle sort sur sa demande.

Le 7 novembre, elle revient et on lui fait du radium; le 12 décembre, elle redemande à sortir.

Elle est revue le 7 avril 1936; elle a une grosse extension de son néo et des douleurs très violentes dans les membres inférieurs.

En résumé. — Malade de 26 ans qui présente une récidive à la suite d'un wertheim qu'on lui fait pour un cancer du col... Après quelques mois, son état s'est aggravé (7 avril 1936).

OBSERVATION N° 3

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Lucile P... demeurant à Royan.

La malade, âgée de 27 ans, entre dans le service du Professeur Réchou pour douleurs dans la miction et pertes abondantes à la suite d'une hystérectomie totale.

Mariée à 20 ans, trois grossesses et deux fausses-couches.

Depuis la dernière fausse-couche , elle souffre pendant ses rapports. Fin 1933, elle perd; sept mois après, elle a des hémorragies, puis elle fait une paratyphoide. Ses pertes deviennent fétides et accompagnées de douleurs; c'est alors que le Docteur Pons fait une hystérectomie avec drainage à la mickulictz; 15 jours après sa sortie, elle souffre à la miction et son état général est très atteint. C'est alors qu'elle vient au Centre.

T. V. : Grosse masse de la région cervicale, dure et atteignant le méat.

Au Spéculum, on voit une grosse ulcération à fond sphacélé.

On lui fait des injections, puis, lorsqu'elle va mieux, on lui fait de la roentgenthérapie.

Le 26 mars 1935 elle sort de l'hôpital dans un très mauvais état général et avec des douleurs très violentes.

La malades est décédée peu de temps après.

En résumé. — Opérée d'un cancer du col, elle récidive peu après. La roentgenthérapie apporte alors peu d'amélioration et la malade meurt.

OBSERVATION N° 4

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Marie L... demeurant à Pessac.

La malade, âgée de 27 ans, entre au mois de mai 1930 dans le service du Professeur Réchou pour hémorragie abondante.

Coxalgie à 17 ans. Pleurésie à 22 ans.

Mère internée.

Le début de sa maladie remonte à octobre 1928. Pertes spontanées se reproduisant tous les huit jours. Pas de douleurs mais pesanteur dans le bas ventre. Malade anémiée et très fatiguée.

En mars 1930, elle perd du sang pendant un mois et est obligé de garder le lit.

Le 15 avril, très grosse hémorragie.

En mai 1930 elle entre dans le service du Professeur Réchou.

T. V. : Gros col dur, avec ulcération centrale; mobilité conservée, cul de sac souple.

Biopsie : Epithélioma endo-cervical baso-cellulaire.

Le 14 mai, on lui met du radium qu'on enlève le 21. Le 30, la malade sort très anémiée et très fatiguée.

Décédée peu après.

En résumé. — Antécédents bacilllaires. Début par pertes rouges, vue seulement 20 mois plus tard. Radium et mort.

OBSERVATION N° 5

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Madeleine G... demeurant à Paillet (Gironde).

Malade de 29 ans, qui entre dans le Service du Professeur Réchou le 1er mai 1928 pour récidive du cancer du col.

Réglée à 11 ans, toujours régulièrement. Mariée, deux enfants bien portants.

Quatre ans après son dernier accouchement, elle a eu des pertes jaunes, qui, au bout de trois ans, sont apparues tâchées de sang.

En 1927, elle va voir le Professeur Chavannaz, qui fit une hystérectomie totale, mais en mars 1928 elle a de fortes douleurs dans le bas-ventre occasionnées par une récidive.

Examen : Malade amaigrie; présente une grosse masse dans la fosse iliaque; on lui fait de la radiothérapie; en août, la masse a diminué, mais ce qui en reste est dur et fixé à l'os coxal.

Malade perdue de vue.

OBSERVATION N° 6

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme D... L... demeurant à Saint Hilaire-Peyroux.

Jeune femme de 29 ans qui entre dans le service du Profeseur Réchou adressée par le Docteur Peborde.

Parents bien portants.

Réglée à 12 ans normalement, mariée à 21 ans.

En 1921, accouche d'un enfant normalement.

En 1924, avortement de deux mois.

En 1924, nouvel avortement de cinq mois (curetage).

En 1925, fausse-couche de six mois.

Depuis un mois et demi la malade se plaint de douleurs lombaires et de petites pertes de sang qui arrivent sans cause.

Il y a quinze jours, elle a fait une hémorragie avec caillots, à la suite de laquelle elle a ressenti des douleurs lancinantes dans tout le bas-ventre, les seins et la cuisse droite. La malade est très constipée.

6 septembre 1928. Examen : Gros col ulcéré avec extension aux parois vaginales droits et postérieures, infiltration des paramètres.

Biopsie : Spino-cellulaire.

Sp : Ulcération sur la lèvre postérieure et atteignant le vagin.

Onlui fait de la Curiethérapie et de la Radiothérapie.

Le 14 novembre 1928 température à grandes oscillations; diarrhée et congestion pulmonaire. Le 23, la malade sort dans un état désespéré.

En résumé. — Cancer du col, vu 1 mois 1/2 après S. V. Signes qui ont été douleur et hémorragie. Gravite particulière dans ces cas ainsi que *nous l'avons signalé*, mort 3 mois plus tard.

OBSERVATION N° 7

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Hélène B... demeurant à Bouvidey-sur-Gironde.

La malade, âgée de 29 ans, entre dans le service du Professeur Réchou le 27 février pour métrorragie.

Réglée à 14 ans, toujours bien régulièrement.

En décembre 1931, la malade a ses règles qui deviennent très douloureuses. Le médecin consulté ordonne des injections, mais apparaissent des pertes visqueuses, et le 27 février elle entre au Centre anti-cancéreux.

La malade est maigre, mais son état général est assez bon.

T. V. : Tumeur ligneuse de la lèvre antérieure. Le cul de

sac gauche est cartonné. Le corps utérin est gros et le doigt ramène du sang.

T. R. : Paramètre gauche très infiltré.

Sp : Ulcération cratériforme de la lèvre antrieure.

Biopsie : Epithélioma endo-cervical et paramètrite gauche; baso-cellulaire.

Le 8 mars 1932, pose de radunm qu'on enlève le 15.

Le 29 mars, radiothérapie. Le 9 mai, on fait de la radiothérapie à nouveau.

27 juillet : Etat satisfaisant.

Le 10 novembre : Le col est souple; les lésion sont cicatrisées, mais au toucher rectal on sent une grosse masse dans la fosse iliaque droite et le paramètre droit est induré. La malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION N° 8

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Maire Le J... 14 quai des Chartrons. Bordeaux.

Cette malade, âgée de 29 ans, entre le 12 juillet 1929 dans le service du Professeur Guyot sur ses conseils.

Sa mère est morte d'un cancer à l'intestin; son père est vivant et bien portant. Deux sœurs et un frère bien portants.

La malade a été réglée à 16 ans, mariée à 19 ans, première grossesse à 20 ans avec un accouchement normal, pas de fausse-couche.

Il y a cinq ans, les règles de cette malade ont brusquement augmenté en durée et en abondance; elle ne consulte pas de médecin et se soigne en se faisant des injections vaginales; en 1928, elle a de fortes hémorragies et le Professeur Guyot appelé la fait entrer dans sa clinique le 1^er^ août.

On fait une Biopsie qui dénote un épithélioma. spino-cellulaire. Comme elle est inopérable, on lui fait des applications de radium; elle sort de la clinique très améliorée.

En mars 1929, elle n'a pas d'hémorragies mais elle ne se

sent pas bien; quelques jours après, elle présente des écoulements acqueux, puis rosés; plus tard encore, elle a des pertes verdâtres très fétides; comme elle n'éprouve pas de douleurs, elle se refait des injections.

Le 12 juillet, son état ayant empiré et comme elleest très amaigrie, elle entre à l'hopital; on ne lui fait qu'un traitement palliatif, et le 26 juillet son état étant très grave (température 40, pouls à 120), ses parents la ramènent chez eux où elle ne tarde pas à succomber.

En résumé. — Cancer du col chez une malade qui a des antécédents héréditaires cancéreux. A consulté très tard, d'où inopérable.

Radium et mort.

OBSERVATION N° 9

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Germaine M..., monteuse de caisses, Bordeaux.

Jeune femme de 29 ans qui entre dans le service du Professeur Guyot le 5 avril 1927 pour douleurs abdominales localisées à gauche et pour des pertes jaunes très abondantes qui durent depuis un an environ et qui, depuis six mois, sont teintées de sang.

Dans les antécédents de cette malade, nous trouvons une rougeôle et une syphilis; elle a été réglée à 14 ans, ses règles ont toujours été normales, néamoins depuis l'âge de 19 ans elle a eu à peu près constamment des pertes blanches, consécutives à une fausse couche qu'elle a faite à cette époque.

Mariée à 27 ans, elle a toujours souffert plus ou moins après son mariage du côté gauche et dans la région lombaire. Ces douleurs ne l'ont pas empêchée de travailler, excepté au moment où sont apparues des crises plus fortes, qui ont d'ailleurs été calmées par le repos. Malade présentant un B. W. fortement positif à son entrée à l'hopital le 5 avril 1927.

Sa mère vivante est bien portante, sauf quelques crises

rhumatismales. Son père, alcoolique avéré, es mort tuberculeux.

Depuis sept mois environ les pertes jaunes de la malade sont devenues abondantes et sont teintées de sang; ces derniers 15 jours elle a eu deux fortes hémorragies.

A l'examen, nous voyons une malade très amaigrie, avec un faciés fatigué; par ailleurs, rien de particulier à signaler. Le toucher vaginal montre une grosse surface irrégulière dans laquelle on ne peut même pas reconnaitre le col. Dans la partie droite on sent une ulcération à base dure atteignant même le vagin. Le cul de sac est souple et non douloureux, le gauche est douloureux et le postérieur n'est pas accessible. Par le toucher rectal on sent une petite masse indurée dans le paramètre droit.

Une biopsie est faite : épithélioma atypique.

Le Professeur Guyot décide d'intervenir; on la prépare en lui mettant de la glace sur l'abdomen et en lui faisant des injections vaginales. On lui fait un wertheim le12 avril 1927, qui ne présente pas trop de difficultés; on ne lui met pas de Mickulictz; en met un drain abdominal et une mèche vaginale. Quelques jours après il y a supuration du paramètre droit, qui cesse à la suite d'irrigations au Dakin.

La malade sort de l'hôpital en excellente santé le 26 juin.

Il nous a été impossible de recueillir des nouvelles de cette malade qui a quitte son ancienne demeure.

OBSERVATION N° 10,

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Berthe D..., demeurant 31 rue de la Monnaie à Bordeaux.

Cette jeune femme, âgée de 30 ans, entre au Centre anticancéreux le 9 février 1928, adressée par le Professeur Guyot pour cancer du col.

Son père est mort tuberculeux.

Réglée assez tard, 17 ans, normalement. Mariée, un enfant bien portant.

Il y a 19 mois elle a fait une mérite, soignée par le Docteur Darrigade.

En octobre 1927, métorragie très abondante.

Le 9 janvier 1928, elle entre dans le Service du Professeur Guyot. Ses pertes à ce moment deviennent fétides. On fait une biopsie qui indique un épithélioma baso-cellulaire.

Elle est alors envoyée chez le Professeur Réchou.

Examen : n'a pas maigri, ne se sent pas fatiguée, n'éprouve aucune douleur.

Col à muqueuse sèche, orifice petit, contours irréguliers. En somme, on treuve peu de chose, si ce n'est un cul de sac antérieur induré et partiellement effacé.

Biopsie : C'est une forme endo-cervicale, baso-cellulaire.

Curiethérapie du 17 février au 25. Le 28 février, on fait de la radiothérapie une séance par jour, chacune de 1.000 r. jusqu'au 8 mars.

A la suite de quoi, la malade est fatiguée.

Le 24 mars; petits nodules dans la lèvre inférieure du col. Le 3 décembre 1929 : les parois sont souples, pas d'induration, pas d'hémorragie, mais le toucher rectal montre à 5 cm. un rétrécissment en anneau. La malade va cependant à la selle en prenant des purgatifs.

Quelques douleurs du type névralgique des membres inférieurs gauches. Ren n'explique d'ailleurs ces douleurs.

Renseignements pris, la malade est morte un an plus tard.

OBSERVATION N° 11

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Léontine M..., 11 rue Vessières, Bordeaux.

La malade, âgée de 33 ans, rentre au Centre anti-cancéreux le 15 avril 1929 parce qu'elle souffre de la région lombaire et des membres inférieurs.

Réglée à 11ans toujours régulièrement. Mariée à 20 ans, cinq grossesses, dont les trois premières ont évolué jusqu'à sept mois.

La malade était très fatiguée à la suite de la mort de son mari. Des pertes blanches sont alors apparues, puis elles sont devenues jaunes. Pas de douleurs, et elle a maigri. Examinée par le Professeur Begouin, celui-ci a jugé nécessaire de lui faire une amputation du col en jun 1928, puis, quelques temps après il a complété cette opération en faisant un wertheim.

La malade se trouve très bien jusqu'au mois de février. C'est alors qu'elle commence à souffrir ;elle va revoir le Professeur Bégouin qui diagnostique un épithélioma sur la cicatrice vaginale et il l'adresse au Centre.

Examen : Assez bon état général, pas de pertes, douleurs à la palpaton dans la région lombaire et sacrée; ces douleurs sont d'ailleurs spontanées avec irradiations dans les cuisses

Vagin infundibuliforme avec cicatrice souple, mais à gauche paramètre infiltré.

C'est une métastase ganglionnaire.

On lui fait la radiothérapie et la malade repart chez elle.

Renseignements pris, la malade est morte cachectique dans une maison de charité à Caudéran.

OBSERVATION N° 12

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Catherine D... de Saint-Julien le Verdenois.

La malade, âgée de 35 ans, entre au Centre ainti-cancéreux en Mars 1929 parce qu'elle a des pertes rosées et fétides.

Mère morte d'un cancer au rectum.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Mariée et mère de trois enfants bien portants.

En novembre 1928, la malade a une hémorragie, puis est restée deux mois sans être réglée. Des pertes blanches sont

apparues peu à peu, et en Mars elles sont devenues rousses et très fétides. Le vagin est très irrité. La malade souffre de la région lombaire et du bas-ventre, et présente en outre des troubles vésicaux et rectaux. Le vagin est souple; on sent quelques granulations dans la partie postérieure, sur le col on trouve une grosse masse en chou- fleur très friable.

Les culs de sac sont indurés et plus ou moins effacés. Le doigt ramène du sang.

L'état général de la malade étant tout à fait défectueux, on la renvoie sans traitement.

OBSERVATION N° 13

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme D... demeurant à Bordeaux.

Cette malade, âgée de 32 ans, est adressée au Professeur Jeanneney en juillet 1934 parce qu'elle a des pertes rouges.

Elle présente un col bourgeonnant et ulcéré. Les culs de sacs sont libres.

Biopsie : Epithélioma épidermoïde (présence de globes épidermiques).

Deuxième examen pratiqué par le Professeur Dubreuil : néoplasie cervical du type spino-cellulaire active.

Aussitôt on fait au Pavillon de la Mutualité une application de 50 mmg. de radium-élément qu'on laisse pendant 7 jours, puis le Professeur Réchou fait 30 séances de radiothérapie.

Le 4 juillet 1935 elle est en très bon état;

Le 11 janvier 1936 bon état local mais elle se plaint de crampes d'estomac.

Le 2 avril 1936 la malade a eu une hématurie. Le Professeur Duvergey qui l'examine à la cystocopie constate un envahissement de tout le bas fond vésical. Elle fait une récidive du côté de sa vessie.

Résumé. — Epithélioma spino-cellulaire — cas N° 1 — radium et radiothérapie.

Récidive deux ans après.

OBSERVATION N° 14

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Andrée BB..., demeurant à Bordeaux.

Jeune femme de 31 ans, qui vient à la consultation de M. le Professeur Jeanneney le 30 janvier 1933.

A. H. : Père et mère V. B. P.

A. C. : Deux frères et une sœur V. B. P.

A. P. : Congestion pulmonaire dans l'enfance.

A. G. : Réglée à 13 ans; règles régulières, abondantes durant six jours et douloureuses; pertes blanches dans l'intervalles des règles.

Non mariée, pas de grossesse.

Histoire de la maladie : La malade qui, depuis six mois, avait des pertes jaunâtres abondantes, perd du liquide sanglant depuis trois mois à la suite, dit-elle, d'une contrariété. Ces pertes sanguinolentes sont assez abondantes. Elle se plaint de lassitude et d'insomnies. Depuis quelques jours la malade souffre du côté gauche du bas-ventre et ces douleurs s'irradient dans la hanche et dans la cuisse gauches.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire avec nombreuses figures de karyoyinèse (Sabrazes).

Le 2 février on applique cinq tubes de 10 mmg. de radium élément pendant sept jours.

En mars, le Professeur Réchou fait 25 séances de rayons X.

Revue le 1er juin 1933, la malade est gênée parce qu'elle a des bouffées de chaleur; elle parait fatiguée et amaigrie.

Le 17 juillet 1934 l'amaigrissement se poursuit; l'état général est lamentable; la malade souffre sans cesse et doit recourir à la morphine pour avoir quelque répit.

Elle meurt le 5 septembre 1934 après de grandes souffrances.

Résumé. — Femme de 31 ans, pas d'antécédents; non mariée; pas d'enfant. Epithélioma baso-cellulaire avancé; radium et radiothérapie.

Mort 20 mois après.

OBSERVATION N° 15

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Jeanne P... Langon.

La malade, âgée de 34, ans entre au service du Professeur Guyot le 26 décembre 1928 parce qu'elle perd du sang.

A. H. : père mort à 64 ans de congestion pulmonaire. Mère vivante, qui a subi trois opérations dont deux sur l'utérus.

A. P. : croup à 5 ans 1/2.

A. G. : Réglée à 10 ans, régulièrement. Régles un peu en avance et indolores, beaucoup de pertes blanches dans l'intervalle.

Mariée à 16 ans, marie décédé à 37 ans. Cinq enfants B. P.

H. M. : Au début de 1928 elle a eu des pertes de sang entre ses règles; la première a apparu pendant un effort de défécation. Les règles sont devenues abondantes et durent 8 jours. A partir d'octobre, elle est obligée d'être constamment garnie parce qu'elle a des pertes roussâtres continuelles.

Pas de douleurs, mais pesanteur dans le bas-ventre.

Le 14 décembre la malade a une hémorragie extrêmement abondante, et elle est envoyée au service du Professeur Guyot.

On lui fait une Biopsie : épi. baso-cellulaire. Comme c'est un cas avancé on l'adresse au Centre.

Le Proffesseur Réchou a bien voulu nous communiquer la suite de l'observation.

14 février 1929 : bon état général.

T. V. : Col bourgeonnant et saigant; c. de s. partiellement

symphisés, mobilité utérine diminuée. Epithélioma du col : 2e deg.

Du 26 février au 11 mars on fait de la radiothérapie (12.000 R.)

Les hémorragies disparaissent — parois vaginales souples — paramètres assouplis.

La malade a été perdue de vue.

OBSERVATION N° 16

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Eva D... Saint-Médard.

La malade, âgée de 32 ans, est adressée au Professeur Jeanneney parce qu'elle a des pertes rouges, depuis six mois.

A. H. : Père mort à 50 ans éthylique. Mère morte à 30 ans bacillaire.

A. : Une sœur morte en bas âge d'une méningite, deux autres V. B. P.

A. G. : Réglée à 13 ans, régles irrégulières, durent trois ou quatre jours, normales d'abord et non douloureuses. Quelques pertes blanches dans l'intervalle des règles.

A deux enfants V. B. P. Les grossesses ont été normales.

Rien à signaler du côté des divers appareils, sauf une constipation opiniatre et une métrite datant de deux ans.

H. M. : Il y a un an elle a vu ses pertes jaunes augmenter d'abondance; depuis six mois sont apparues des pertes roussâtres, puis rouges, dûe d'abord à la fatigue et aux rapports, puis continuelles, obligeant la malade à se garnir constamment. Enfin depuis quelques jours sont apparues des douleurs dans le membre inférieur gauche.

La malade est syphilitique.

A l'exament, on trouve un col ulcéré avec un cul de sac envahi (cas N° 3).

Biopsie : Epithélioma spino-cellulaire.

La malade est adressée au Centre anti-cancéreux où on lui fait un traitement Curiethérapique et radiothérapique.

Décédée en août 1931.

Résumé. — Epithélioma baso-cellulaire envahissant. Radium. Mort cinq mois après.

Observations dûes à l'obligeance du professeur Réchou, qui a bien voulu nous les communiquer.

OBSERVATION N° 17

Mme Vve G... Bordeaux.

Entre au Centre anti-cancéreux le 18 avril 1933 avec un néo du col restant 3e degré.

B. W. : Très positif.

Biopsie : Baso-cellulaire.

On lui fait une hystérectomie subtotale en 1919 alors qu'elle avait 20 ans pour métro-annexite.

A son arrivée au Centre, on lui fait un traitement antispécifique et de la radiothérapie.

Elle sort le 16 mai et si l'état local est bon, l'état général est très mauvais.

Morte peu de temps après.

OBSERVATION N° 18

Mme Berthe D... Rochefort.

Malade de 33 ans, qui rentre au Centre au mois d'avril 1935. Elle est atteinte d'une épithélioma spino-cellulaire.

Elle a fait une fausse couche il y a quatre ans.

On lui fait de la Curiethérapie et de la radiothérapie.

Vue le 5 septembre 1935 présentant un très bon état local et général.

OBSERVATION N° 19

Mme D..., de la Corrèze.

Malade de 32 ans, qui rentre au Centre le 18 mai 1931 parce qu'elle perd de petites quantités de sang et qu'elle a des douleurs.

A l'examen : Epithélioma baso-cellulaire du 3e degré.

On lui fait de la Curiethérapie et de la radiothérapie. Elle sort le 5 septembre 1935, présentant un très bon état local et général.

OBSERVATION N° 20

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Carmen M... Fumel (Lot-et-Garonne).

Malade âgé de 32 ans, qui est entrée au Centre anti-cancéreux le 27 mars 1931.

Histoire de la maladie : Il ya quelques mois la malade a présenté des pertes jaunes qui sont devenues rosées, puis roussâtres. Ces derniers jours elle a eu des pertes sanglantes.

C'est alors qu'elle rentre au Centre; où l'examen révèle une induration de la lèvre postérieure avec zône bourgeonnante et ulcérée.

L'utérus est mobile.

T. R. : Paramètre non infiltré.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire.

On lui fait un application de radium, puis une quinzaine de jours après on lui fait de la radiothérapie.

La malade sort en très bon état.

OBSERVATION N° 21

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme P... Bordeaux.

La malade, âgée de 33 ans, est envoyée au Centre anticancéreux le 2 juin 1932 pour récidive d'un cancer du col.

Réglée à 12 ans.

Mariée à 18 ans.

Une grossesse à 23 ans.

Histoire de la maladie : Il y a trois ans, la malade s'aperçoit pour la première fois qu'elle a de petites hémorragies en dehors de ses règles.

Elle ne s'est pas soignée, mais ces hémorragies sont devenues tellement abondantes qu'un an après elle a été à la consultation du Professeur Papin.

En juin 1930, le Professeur Papin fait un wertheim.

Elle se trouve très améliorée, mais quelques temps après les douleurs font leur apparition et le 2 juin 1932 elle est envoyée au Centre pour un récidive sur la cicatrice.

On lui fait de la radiothérapie et la malade sort très améliorée.

OBSERVATION N° 22

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Marie L... Bordeaux.

Malade de 35 ans qui entre au Centre anti-cancéreux le 18 avril 1933 parce qu'elle a des pertes rouges abondantes.

Il est intéressant de signaler que sa *grand-mère est morte d'un cancer du col et sa mère d'un cancer de l'estomac.*

A l'examen, elle présente un épithélioma du 2e degré.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire.

On lui applique 50 mmg. de radium-élément, qu'on laisse 5 jours, puis on lui fait des séances de radiothérapie et elle sort en très bon état.

Revue trois ans plus tard, elle se trouve en très bon état.

OBSERVATION N° 23

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme L... Pessac.

La malade, âgée de 34 ans, entre le 17 mars 1933 au centre anti-cancéreux pour pertes abondantes.

A l'examen, elle présente une masse végétante et ulcérée : 2e degré.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire.

On lui fait un traitement radiothérapique.

Elle sort en septembre 1933 dans un très mauvais état.

Elle meurt peu après.

OBSERVATION N° 24

dûe a l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Marie C..., rue Limoges, Périgueux.

Lingère.

Jeune-femme de 33 ans qui rentre le 26 juin 1928 dans le service de M. le Professeur Réchou parce qu'elle a des pertes de sang.

Père mort alcoolique. Mère b. p. et sœur b. p.

Réglée à 11 ans toujours régulièrement et n'a jamais eu douleur, mariée à 19 ans peu après la malade s'est trouvée paralysée ses membres supérieurs et inférieurs étaient

atteints mais au bout d'un an tout est rentré dans l'ordre; bronchite à 20 ans et depuis la malade tousse toujours; deux grossesses normales.

Il y a cinq mois la malade a eu des pertes de sang et même des hémorragies avec caillots qui apparaissent à la suite des rapports; au mois d'avril elle a passé trois semaines a perdres continuellement, ses pertes étaient jaunes, parfois teintées de sang et sont devenues fétides puis elles se sont calmées mais ont été remplacées par des douleurs lancinante localisées au bas-ventre et à la région lombaire. D'autre part la malade a beaucoup maigri.

A son entrée le 26 juin on constate que sa jambe droite est atrophiée et son articulation tibio-tarcienne ankilosée, ce sont la des sequeles de sa paralysie, on voit sur ses cuisses des cicatrices d'abcès de fixation.

Toucher vaginal montre un vagin souple un col dur dont la lèvre inférieure est bourgeonnante, les culs de sac antérieurs et latéraux sont effacés, la mobilité utérine est réduite et le corps dépasse la synphise de 4 cm.

Toucher rectal montre des paramètres durs dans l'ensemble et le gauche surtout qui est bloqué.

Au speculum on voit un col en bouchon de champagne ayant l'aspect d'un chou-fleur et saignant au moindre contact.

Nous avons à faire à un épithélioma baso-cellulaire ulcéro-bourgeonnant hypertrophique avec extension à la partie antérieure du vagin, il correspond au 3e degré de la classification adoptée à Genève.

En juillet M. le Professeur Régou lui fait une application de radium puis 15 jours après lui avoir enlevé les tubes on lui fait de la radiothérapie, elle sort de l'hôpital le 6 août.

Revue en septembre son poids a augmenté de 4 kilo. son vagin infundibuliforme est souple mais elle présente une rectite, en avril 1929 son appareil génital est toujours parfait mais au toucher rectal on sent à bout de doigt une stenose et la malade a ses selles couvertes de sang. Cette rectite est traitée par la diathermie.

Revue en 1932 la malade parait guérie.

OBSERVATION N° 25

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Anne P... cours Balguerie. Bordaux.

Jeune femme de 33 ans envoyée par le Docteur Vidal parce qu'elle présente un point dur charnu sur la cicatrice vaginale d'une hystérectomie qu'elle a subi en juin 1930.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement, mariée à 18 ans, un enfant aussitôt; n'a jamais eu de pertes blanches.

Depuis trois ans la malade est moins bien réglée. Plusieurs fois dans le mois apparaissent des pertes de sang causées par des traumatismes insignifiants. Brusquement, au mois d'avril 1930 elle est prise d'une forte hémorragie qui se prolonge et les pertes durent 25 jours, à la suite de quoi le Professeur Papin fait un wertheim le 12 juin. Depuis son opération la malade se fait suivre de très près et c'est ainsi que tout récemment le docteur Villars trouve un point douteux, et l'envoie au Centre anti-cancéreux. Aucun trouble fonctionnel n'a précédé cette lésion — pas de douleurs — quelques malaises seulement.

A l'examen tout est dur et bloqué, surtout à droite; on perçoit à droite et en haut un gros nomule.

T. R. : Grosse masse paramétriale droite.

Sp. : Cicatrice rétractile vaginale saignante attirée surtout ver la droite. On fait un prélèvement dans le fond de cette cicatrice.

Biopsie : Epithélioma spino-cellulaire avec infiltration du col restant, et large envahissement du paramètre droit.

Le 6 juin pose de radium, ablation le 11. Dose reçu 30 mcd.

La malade sort le 13

Revue le 18 février 1932; diaphragme de la partie moyenne du vagin qui gêne lexploration de son fond et qui peut être attribué à la fragilité de la muqueuse vaginale, mais aussi à la possibilité d'une récidive ou d'une non stérilisation de la lésion. La malade est à surveiller de très près.

OBSERVATION N° 26

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Angèle R..., à Cenon.

Malade de 33 ans, qui entre à l'hôpital le 19 août 1930 pour pertes de sang et douleurs.

A 15 ans, elle a fait un abcès sous-maxillaire.

Réglée à 16 ans.

Grippe en 1918.

Huit enfants, dont cinq vivants. Dans l'intervalle, une fausse couche de quatre mois; le dernier accouchement s'est produit avant terme, à sept mois.

Père mort fou à 26 ans.

La malade a des pertes blanches depuis son dernier accouchement, puis sses pertes sont devenues fétides. En mai, ses rapports étaient suivis de pertes de sang. En juin, elle a commencé à souffrir dans la région lombaire, et en juillet, sont apparues de fortes hémorragies. Elle est rentrée au Centre le 19 août.

A l'examen, col bourgeonnant, irrégulier, paramètre droit très envahi : troisième degré.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire.

Le 22 août, on lu fait de la curiethérapie, et le 6 septembre, de la radothérapie.

En janvier 1931, on sent une petite tumeur au fond du vagin. Les paramètres sont souples.

Le 4 juin, le col est très bien, mais il y a une métastase lombo-aortique. Le 17 juin apparaît une rectite. On lui fait alors six séances de radiothérapie.

La malade sort le 17 septembre, très améliorée mais non guérie.

OBSERVATION N° 27

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Emilia D.., Bordeaux.

La malade, âgée de 33 ans, rentre à l'hôpital le 3 novembre 1930, pour pertes rouges abondantes.

Scarlatine dans l'enfance. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Blennorragie après son mariage. Pertes jaunes fétides et brulures à la miction. Quatre grossessses mais tous les enfants sont morts-nés. Il y a quatre ans la malade a eu une gomme de son genou gauche et le traitement spécifique a été insuffisant (sep ou huit injection en tout. Plaques muqueuses dans la bouche, d'autre part, elle est alcoolique.

Jusqu'en octobre 1930 elle a été bien réglée mais a toujours eu des pertes. Du 15 octobre jusqu'à son entrée à l'hôpital elle a des pertes de sang et des douleurs vives dans le bas-ventre et la région lombaire.

Depuis, sous l'influence du repos, de la glace et des injections, les hémorragies ont cessé, mais les douleurs persistent.

Le 26 novembre l'examen montre un gros col bourgeonnant avec envahissement du cul de sac antérieur. Les deux paramètres sont infiltrés.

Epithélioma spino-cellulare : 2e degré, très avancé.

3 décembre : radium. Le 5e jour on l'enlève à cause d'une forte poussée de température. Dose reçue : 40 mcd.

Le 18 mars, ma malade a des pertes jaunes fétides irritant les cuisses. Les douleurs persistent, La malade a engraissé.

T. V. : Vagin souple, lisse, mais tumeur irrégulière et cartonnée.

10 avril : 30 séances de radiothérapie, et le 4 mai six nouvelles séances.

4 mai au 9 mai 1931 : Six nouvelles séances de 60 min.

OBSERVATION N° 28

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Cécile H..., route de Cognac, à Limoges.

Jeune femme de 25 ans, qui va à la consultation du Professeur Jeanneney, le 3 novembre 1925, envoyée par le Docteur Michelet.

A. H. : Père et mère B. P.

A. C. : Trois frères et une sœur bien portants.

A. G. : Réglée à 1 3ans — règles irrégulières, peu abondantes, durent trois ou quatre jours et un peu douloureuses — elle a des pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Mariée à 21 ans.

Quatre grossesses. Le lever a eu lieu cinq jours après l'accouchement.

Le dernier accouchement remonte au 6 juillet 1925.

Histoire de la maladie : Quinze jours après, la malade présente des pertes jaunes, qui ne tardent pas à devenir rousseâtres; pertes de sang après les rapports. Le 17 octobre, le Docteur Michelet fait une biopsie : ép. spino-cellulaire. Bonnard et Piéchaud).

Examen : Gros col bourgeonnant et mobile.

Le 5 novembre, on applique 50 mmg. de radium-élément. A la suite de ce traitement, apparaît une rectite avec sang.

Revue le 8 décembre : la malade a beaucoup souffert juste après le traitement, surtout de l'anus. Depuis quatre ou cinq jours, il n'y a plus de sang dans les selles; elle a perdu cependant un peu de sang par le vagin, perte qui n'a été accompagnée d'aucune douleur.

Revue le 8 décembre 1926 : douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire, pertes rousseâtres depuis quatre ou cinq mois, col bourgeonnant et mobile.

OBSERVATION N° 29

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme L..., 90, chemin Richelieu, à Floirac. Raboteuse.

Jeune femme de 32 ans, qui entre dans le Service du Professeur Guyot le 13 mars 1933, pour des pertes de sang très abondantes.

A. H. : Rien à signaler.

A été réglée à 14 ans; mariée à 20 ans.

Cinq grossesses, toutes normales.

Ses règles ont toujours été irrégulières, abondantes, douloureuses.

Le début de la maladie remonte à novembre 1932. A ce moment elle est réglée deux fois par mois, puis les pertes de sang augmentent peu à peu, et en janvier elle perd trois jours sur six; en février, elle a de fortes hémorragies avec de gros caillots; la malade se met au lit; en outre, elle est en proie à des douleurs continues, avec de violents paroxismes au moment des pertes; ces douleurs sont localisées au bas du ventre avec des irradiations dans les lombes; d'autre part, la malade a beaucoup maigri et est asthénique.

Le 13 mars elle entre au service du Prof. Guyot.

A l'examen, on trouve une vulve pleinne de caillots, au toucher on sent un col induré à parois minces et déchirées; ce cal est entrouvert et il en sort une grosse masse molle et non friable; le cul de sac gauche est empâté et douloureux.

Le 20, ses pertes diminues, mais elle a encore une température à grandes oscillations; les jours suivants, le mieux s'accentue; le 27, la température est tombée, mais au toucher les lésions locales ont augmenté. On fait une Biopsie qui donne un *épithélioma baso-cellulaire* et on fait un B: W. qui est négatif. Quelques jours après elle refait des phénomènes infectieux qui nécessitent des injections de propidon. Au mois de mai, letoucher donne un col cratériforme avec

bourgeons durs, un utérus fixé et des culs de sacs durs et infiltrés. Le toucher rectal montre un envahissement des deux paramètres. Le 23 mai, on fait une opération de Cotte. La dissection est très difficile, néanmoins les suites sont relativement bonnes. Au mois de juin, on a un col ulcéré et un utérus complètement fixé.

La malade quitte l'hôpital. Décédée deux mois après.

OBSERVATION N° 30

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme C..., Mont-de-Marsan.

La malade, âgée de 32 ans, entre au Centre anticancéreux pour pertes blanches et parfois rousseâtres, qui sont très fétides.

Toujours bien réglée; deux enfants bien portants; pas de fausse couche. Appendisectomie le 22 novembre 1932.

A. H. : Rien à signaler.

La maladie a comencé en janvier 1933 par des pertes blanches empesant le linge. En février, elle entre à l'hôpital pour un abcès de l'amygdale et à ce moment ses pertes sont devenues rousses, mélangées à du sang et nauséabondes.

T. V. : On sent sur la paroi antérieure du vagin très indurée, une ulcération.

Sp. : La paroi antérieure du vagin ne se déplisse pas sous la valve. On voit une ulcération à grand axe longitudinal s'étendant sur toute la parte de cette paroi jusqu'à un crater à fond sphacélé, à bords éversés, très induré et saignant au contact. On ne distingue plus de col. Hystérométrie : impossible.

Troubles de la miction.

1er avril 1933 : On commence la roentgenthérapie. Un champ abdominal droit et gauche, et sacré droit et gauche aussi : 3.000 r. par champ. Dose totale : 12.000 r. en seize séances de 60 minutes.

Température oscillante; pertes purulentes et hémorrage.

On fait de l'immunizol Grémy en pansements locaux, puis sulfate de magnésie et bleu de métylène.

Le 4 juin 1933 : Hémorragie abondante.

Le 8 juin 1933 : On fait du radium.

Le 20 juin 1933 : Plus de pertes ni hémorragie. Ulcération en partie cicatrisée. La malade sort le 28 juin 1933. Très mauvais état général.

OBSERVATION N° 31

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Julienne N.., 30 ans, demeurant à Pessac.

La malade entre dans le service du Professeur Réchou, le 6 mai 1932, envoyée par son médecin. Elle est âgée de 30 ans.

Toujours bien réglée, trois enfants bien portants; pas de fausse couche. Pleurésie à 28 ans.

Depuis longtemps, ses règles étaient devenues douloureuses, mais il y a trois mois sont apparues des pertes et des douleurs qui sont allées en augmentant.

T. V. : Vagin souple; col gros; cul de sac gauche empâté; sur la lèvre antérieure, masse bourgeonnante et saignante.

T. R. : Gros empâtement à gauche.

Biopsie . Epithélioma baso-cellulaire.

Le 9 mai, on applique du radium qui est enlevé le 17.

Le 26 juin, on commence une série de 24 séances de radiothérapie.

La malade est revue le 30 juin 1933. Son vagin est souple.

Le 2 janvier 1936, elle est revue par le Professeur Wangermez, qui trouve son état très satisfaisant.

OBSERVATION N° 32

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Rachel C.... (Charente-Inférieure).

La malade, âgée de 30 ans, entre dans l eservice du Professeur Réchou le 22 décembre 1932, pour douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Typhoïde à 23 ans; mariée — un enfant bien portant. Pas de fausse couche.

A. H. : Rien à signaler.

En 1931, la malade a de petites hémorragies après les rapports, puis des pertes blanches. En 1932, elle souffre de plus en plus.

Examinée le 25 décembre, le toucher vaginal montre un col dur, un canal ouvert, le cul de sac gauche est effacé; le corps est gros; la mobilité latérale est abolie; au toucher, on provoque une hémorragie.

T. R. : Paramètre gauche induré.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire ulcéré et bourgeonnant : deuxième degré.

Le 27 décembre 1932, on applique le radium, qui est enlevé le 3 janvier 1933. Du 8 au 22, on fait de la radiothérapie. La malade sort le 28 janvier en bon état.

Le 25 juillet 1934, elle présente des douleurs lombaires et de la scistique gauche. Localement, tout est normal.

OBSERVATION N° 33

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mlle Marie-Louise R.., rue de Galles, Bordeaux.

La malade, âgée de 30 ans, entre dans le service du Professeur Réchou le 29 mars 1933, parce quelle a des pertes,

Elle a été opérée par le Professeur Chavannaz pour un cancer du corps en 1931.

T. V. : Vagin souple; nodules sur la lèvre antérieure. Dans le cul de sac droit, masse ligneuse indolore.

T. R. : Les deux paramètres sont indurés.

Sp. : Orifice du col caché par un nodule.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire.

La malade est très infectée.

On lui applique du radium, puis on lui fait de la radiothérapie; le 7 novembre, elle a un très mauvais état général; son col est ulcéré; elle a une fistule recto-vaginale.

19 juillet 1934 : Elle perd ses urines par une fistule vésico-vaginale et elle présente toujours un très mauvais état général.

OBSERVATION N° 34

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Marthe M..., demeurant à Bordeaux.

Malade âgée de 30 ans, qui entre à l'hôpital dans le service du Professeur Réchou le 15 juin 1935, envoyée par son médecin parce qu'elle présente un col métritique à aspect douteux du versant endo-cervical de la lèvre antérieure.

Au mois d'avril 1935, la malade a eu des pertes de sang après ses rapports, puis dans l'intervalle des pertes rousses.

Son état général est bon.

T. V. : Col induré, surtout au niveau de la lèvre antérieure. Les culs de sacs et les paramètres sont libres.

Sp. : Col bourgeonnant avec une ulcération près de l'orifice.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire du premier degré.

On lui fait du radum et de la radiothérapie. Elle sort de l'hôpital avec une amélioration locale légère mais un très bon état général.

OBSERVATION N° 35

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Thérèse E...., Bédenac (Char.-Inf.).

La malade, âgée de 30 ans, entre au Centre anticancéreux le 24 septembre 1929 parce qu'elle a des règles irrégulières et qu'elle perd souvent du sang.

Antécédents héréditaires : inconnus.

Réglée à 12 ans; un enfant bien portant.

En avril 1929, la malade s'est plaint de douleurs hypogastriques après efforts. En même temps, sont apparues des pertes blanches. Les règles sont irrégulières et la malade présente souvent de petites hémorragies.

L'examen au mois de septembre 1929, présente un col bourgeonnant, avec un orifice large et déchiqueté; la tuemeur s'étend au cul de sac et les paramètres sont infiltrés.

Biopsie : Epithélioma spino-celluaire ulcéré, avec destruction du col : troisième degré.

En octobre, on lui fait de la radiothérapie.

En janvier, persistance de la tumeur, mais assouplissement du vagin et des paramètres. Quelque temps après, la malade perd ses urines par le vagin.

En février, on lui fait du radium, puis à nouveau de la radiothérapie.

En résumé. — Jeune femme de 30 ans dont les antécédenst héréditaires sont inconnus, et qui a présenté un épithélioma à forme ulcéreuse. Les premiers signes signalés ont été des douleurs hypogastriques et des pertes blanches.

Inopérable, on la traite par les agents physiques.

OBSERVATION N° 36

dû e à lobligeance de M. le Professeur Jeanneney qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Alice L..., demeurant à Agen.

La malade, âgée de 30 ans, vient à la consultation de M. le Professeur Jeanneney le 21 avril 1927.

Dans ces antécédents héréditaires, il n'y a rien à signaler.

Elle a été réglée à 13 ans; elle a toujours été très anémiée. A un certain moment, elle a eu des pertes rouges très abondantes, qui ont nécessité un curetage.

Elle s'est mariée à 25 ans.

Il y a trois ans, elle a eu des pertes rosées, puis des pertes blanches. Son médecin lui a ordonné alors des injections et tout a passé. Mais il y a quatre mois, à la suite d'entérite, ces pertes ont réapparu. Elle a fait une forte hémorragie à Noël à la suite d'une émotion, puis elle a fait une grippe qui l'a beaucoup fatiguée. C'est à la suite de cette convalescence qu'elle est adressée au Professeur Jeanneney.

L'examen révèle un polype sessile du col saignant et friable.

On fait une biopsie qui indique un épithélioma endo-cervical, baso-cellulaire.

Au mois d'avril 1927, le Professeur Jeanneney fait un wertheim. Les suites opératoires sont bonnes.

En mai 1928, son état est excellent.

En décembre 1928, également.

En décembre 1932, l'état local est très bien mais elle fait de l'entérocolite.

En 1934, elle est toujours en bon état et on lui conseille Chatelguyon pour les troubles qu'elle présente.

Résumé. — Jeune femme de 30 ans, dans les antécédents de laquelle on ne relève qu'une anémie constante et des troubles intestinaux, qui a fait un épithélioma endo-cervical. Traitée chirurgicalement, elle est guérie sept ans après.

OBSERVATION N° 37

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Laurence C..., 41, rue Anatole-France, à Bègles.

Malade de 34 ans, qui entre le 30 janvier 1930 au service du Professeur Guyot parce qu'elle a des règles très douloureuses.

Réglée à 14 ans; première grossesse à 17 ans, deuxième à 22 ans, toutes normales; rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Le début de sa maladie remonte à janvier 1929, date à laquelle la malade a de petites hémorragies à la suite des coïts et des injections. Elle a aussi des pertes rosées très fétides. Cependant, ses règles restent régulières jusqu'au 15 janvier.

A l'examen, le 1^er^ février, on trouve un gros col irrégulier, dur et peu mobile; les parois vaginales sont libres, sauf en arrière où l'on sent des végétations très dures et saignantes au contact du doigt; l'utérus est très gros; le B.W. négatif.

Le 14 février, on lui fait un wertheim; la biopsie ayant montré un épithélioma typique. On trouve un abcès de l'ovaire droit, une trompe droite très enflammée et adhérente. Le ligament large est infiltré; on lui met un mickulitz et un drain.

A la suite de l'opération, la malade présente un état nauséeux. Le 24 février, on enlève le mickulitz; le 10 mars, le vagin est presque fermé sans indurations; le 9 avril, son état est très satisfaisant; elle sort de l'hôpital.

OBSERVATION N° 38

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Marguerite L..., 20, rue Mahéla, Bordeaux.

La malade, âgée de 34 ans, entre à l'hôpital dans le service du Professeur Réchou le 10 février 1930 pour pertes de sang à la suite de fatigues et après les rapports.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Six accouchements normaux, puis six fausses couches dans l'intervalle. Son dernier accouchement remonte à vingt mois.

Au mois de juillet dernier, la malade s'aperçoit qu'elle perd du sang pendant une demi-heure et ce fait se reproduit a la suite de la moindre fatigue, de ses rapports. Il y a trois mois, ces hémorragies deviennent beaucoup plus abondantes et la force à garder le lit. Le Docteur Gautret lui ordonne des injections chaudes. L'appétit a diminué et la malade a maigri. Elle entre alors au service du Professeur Guyot. Après examen, il l'envoie au service du Professeur Réchou.

Le 13 février 1930, on trouve un gros col dont la lèvre supérieure paraît normale, la lèvre antérieure étant augmentee de volume, indurée et friable. Les culs de sacs sont libres. L'examen des paramètres ne montre pas d'extension.

Biopsie : Epithélioma du col deuxième degré, spino-cellulaire.

17 février : Pose du radium.

23 février : Ablation. Durée : 6 jours. Dose : 58 mcd.

Puis, on lui fait la radiothérapie.

En juin, grosse infiltration du paramètre droit.

Décédée en 1931 ou 1932.

OBSERVATION N° 39

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Marie C..., Saint-Pierre-de-Mons.

Malade de 35 ans, qui entre au service du Professeur Guyot le 14 août 1925 parce qu'elle a des mictions pénibles et des selles douloureuses elle a été réglée à 12 ans, mariée à 17; elle a eu une grossesse normale.

La maladie a commencé en janvier 1925 par des pertes jaunes, abondantes et fétides; la malade a maigrie et est asthénique; n'a pas de douleurs ni de nausées; le sommeil et l'appétit sont conservés.

On lui fait faire alors des injections de permenganate de potasse en juin; ses règles sont augmentées et elle présente des métrorragies calmées par le repos. Elle ressent de vives douleurs dans la région sacrée irradiant dans la cuisse droite et dans l'abdomen; ses mictions sont pénibles; ses selles douloureuses avec empreintes et téneseme; elel met des ovules, fait des injections et comme elle n'est que fort peu améliorée elle entre à l'hôpital.

Elle présente un épithélioma inopérable; on lui fait un curetage palliatif; son urée dans le sang, qui était à 0,55 est redevenu normal et la malade sort de l'hôpital le 10 novembre 1925 relativement améliorée.

OBSERVATION N° 40

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Albertine B..., de Bordeaux.

Malade de 35 ans, qui entre à l'hôpital dans le service du Professeur Guyot le 1er novembre 1927, parce qu'elle a des pertes et qu'elle saigne après le coït.

A. H. : Pas de renseignements.

Réglée à 12 ans, règles toujours abondantes, mais non douloureuses; mariée à 15 ans, six mois après elle accouche d'un enfant normal, mais qui meurt à huit mois. A la suite de cet accouchement, la malade ressent des douleurs dans le côté gauche qui passent à la suite d'injections. En 1918, elle a une grippe grave et peu après, ses règles deviennent irrégulières. Elle n'y attache pas d'importance, et en 1924, elle perd du sang en dehors de ses règles et chaque fois qu'elle se donne une injection et elle ne rentre à l'hôpital qu'en 1927 parce qu'elle recommence à souffrir.

On fait alors une biopsie qui montre que l'on a affaire à un épithélioma pavimenteux baso-cellulaire; son B.W. est négatif.

A l'examen, on trouve un col très irrégulier, déchiré à gauche, la lèvre postérieure est dure et mamelonnée; le corps est très volumineux; le cul de sac gauche est très touché; le col saigne abondamment au contact du doigt.

Le toucher rectal montre une infiltration en croissant à gauche; la mobilité est à peu près disparue; on lui fait néanmoins un wertheim atypique; on trouve un utérus fibro-mateux avec adhérences multiples; un gros hydro-salpynx à gauche; la dissection est très difficile; on lui met un mickulicz.

A la suite de l'opération, la malade fait de la température et meurt le 25 novembre 1927.

OBSERVATION N° 41

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous la communiquer.

M^me^ Marguerite D..., Bordeaux.

La malade, âgée de 35 ans, entre dans le service du Professeur Guyot le 22 avril 192 7parce qu'elle a des hémorragies très importantes.

Dans les antécédents de cette malade, nous relevons une rougeôle, une pleurésie à 16 ans, puis une grippe.

Elle a été réglée à 11 ans, mariée à 19 ans, et a accouché presque aussitôt d'un enfant normal; à 20 ans, deuxième grossesse, normale aussi. A 24 ans, elle fait quatre fausses couches consécutives à la suite desquelles elle a des pertes; à 25 ans, nouvelle grossesse; l'enfant meurt à 2 ans. En 1926, ses règles deviennent très abondantes, avec même des caillots. En décembre, elle a des pertes rosées et, de temps en temps, des hémorragies importantes.

Le 22 avril 1927, date de son entrée à l'hôpital, l'examen révèle un col très gros et très dur avec des bourgeons importants, mais l'utérus est mobile.

Biopsie : Epithélioma cylindrique; B.W. très +.

Le 1er juin, on lui fait un nouveau toucher; on trouve une paroi vaginale postérieure ulcérée et dure; le col très irrégulier, le cul de sac droit envahi, un utérus très gros dont la mobilité est diminuée, mais les paramètres ne paraissent pas infiltrés.

Le 3 juin, on l'opère et on fait un exerès large du vagin et on s'aperçoit qu'elle faisait une métastase de la cloison recto-vaginale.

Les suites sont bonnes; le vagin se cicatrice bien, mais le cancer du col continue à évoluer, et le 7 juillet on voit au spéculum une grosse masse bourgeonnante cachant le col. Au toucher, le col est saignant, la mobilité est disparue et le paramètre droit est très envahi.

Le 13 juillet 1927, la malade est envoyée au Centre anti-cancéreux.

Décédée en octobre 1927.

OBSERVATION N° 42

dûe à l'obligeance de M. le Professeur Réchou, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme Marie D..., demeurant à Angoulême.

Malade de 25 ans, qui a été envoyée au Centre le 16 avril 1935.

Malade amaigrie au teint jaune.

T. V. : Masse cervicale bourgeonnante et sur la partie antérieure, ulcération cratériforme. Le cul de sac gauche n'existe plus, et le droit a perdu sa souplesse.

T. T. Paramètre gauche très infiltré.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire du quatrième degré. Très infecté.

Le 27 avril, on arrête la roentgenthérapie à cause d'une forte hémorragie. Le 11 mai, on fait une transfusion qu'on répète le 20. La radiothérapie est reprise le 22, mais est à nouveau arrêtée le 25, la malade ne pouvant plus la supporter. Elle sort le 7 juin 1935 en très mauvais état.

Elle est décédée peu après.

N°	Age de la malade	Mariée à	Nombre Enfants	Fausses couches	Syphilis	Antécédents cancéreux	Vue après début	Le début s'est manifesté		
								p. roug.	p. blanc.	douleur
1	26 ans	25 ans	0	1	+	m. et g.-m.	10 mois		p. j.	
2	26 »									
3	27 »	20 »	3	2	+		10 mois	p. r.	p. bl.	doul.
4	27 »	oui					20 mois	p. r.		
5	29 »	oui	2						p. j.	
6	29 »	21 ans	1	3	+		1 mois ½	p. r.		doul.
7	29 »						3 mois	p. r.		doul.
8	29 »	19 »	1			mère	1 an ½			
9	29 »	27 »	0	1	+		7 mois		p. b.	
10	30 »	oui	1				6 mois		p. b.	
11	30 »	20 ans	2	3	+				p bl.	
12	35 »	oui	3			mère	6 mois	p. r.		
13	32 »								p. bl.	doul.
14	31 »	non	0			3 op. sur utér.			p. bl.	doul.
15	34 »	16 ans	5				10 mois	p. r.		
16	32 »	oui	2		+		6 mois		p. bl.	
17	33 »	hyst.	à 20	ans	+			p. r.		
18	33 »		1	2	+					
19	32 »							p. r.		doul.
20	32 »				+		8 mois	p. r.		
21	33 »	18 ans	1				1 an	p. r.		
22	35 »					m. et g.-m.				
23	34 »				+				p. bl.	
24	33 »	19 »					5 mois	p. r.		
25	33 »	18 »	1		+		1 an	p. r.		
26	33 »	oui	8	4	+			p. r.		doul.
27	33 »	oui	5	1					p. b.	
28	25 »	21 ans	4						p. b.	
29	32 »	20 »	5					p. r.		
30	32 »	oui	2						p. b.	
31	30 »	oui	3	0			3 mois	p. r.		doul.
32	30 »	oui	1	0				p. r.		
33	30 »		1						p. b.	
34	30 »							p. r.		
35	30 »		1				4 mois	p. r.		
36	30 »	25 ans					3 ans	p. r.	p. b.	
37	34 »	17 »	2				1 an			
38	34 »		6	6	+		6 mois	p. r.		
39	35 »	17 »	1				6 mois		p. j.	
40	35 »	15 »	1					p. r.		
41	35 »	19 »	2	4	+					
42	25 »				+					
			62 %	25 %	18 (42 o/o)	4 (10 %)		21 (50 o/o)		8 (38 o/o)

Variété hystol.			Degré	Traitements		Récidive	Guérison	2e Trait.	Mort après
o.	baso.	divers		wert.	ra.				
	+					3 mois	4 ans	rad.	
				+		2 ans	1 an	rad.	
				+		15 jours		R. X	3 mois
	+		3e		+				3 mois
	+			+		1 an		R. X	
					+				2 mois
	+		3e		+				
			3e		+				1 an
				+					
	+		2e		+				1 an
			1er	+		6 mois		R. X	1 an
	+		4e						3 mois
			1		+	2 ans			
	+				+				20 mois
	+		2		+				
			3		+				5 mois
	+				+				3 mois
					+				
	+		3		+				
	+				+				
		cylind.	1	+		2 ans		R. X	
	+		2		+		3 ans		
	+		2		+				6 mois
	+		3		+		4 ans		
				+		1 an	1 an	Ra	
			3		+				
	+		3		+				
					+		2 ans		
	+		2	+	+				2 mois
					+				
	+		2		+		4 ans		
	+		2		+		2 ans		
	+		2	+					6 mois
	+		2		+				
					+				
	+		1	+			7 ans		
	+			+					
			2		+				1 an
			4						
	+		2		+			2 mois	
		cylind.		+				3 mois	
	+		4	0	0			2 mois	
%	60 %	5 %	10 % du 1er degré	11	30	8 c. rap. rad.	16 % guéris.		

7 guérisons après 2 ans { 1-7 ans, 3-4 ans, 1-3 ans, 2-2 ans } Soit 16 % : 6 par le radium (20 %). 1 par wertherin.

Sur 43 malades 12 opérés, soit 27 %, et 1 seule guérie après 7 ans.

Hérédité cancéreuse 10 %.

Syphilis 42 %. Multipares 62 %. Début par pertes rouges 50 %.
» douleurs 30 %.

CONCLUSIONS

Si le cancer du col était considéré autrefois comme exceptionnel chez les femmes jeunes, il n'en est plus de même aujourd'hui. D'année en année, on le rencontre plus fréquemment; cependant, l'âge moyen ne varie pas (48 à 50 ans); seul, le nombre des femmes au-dessus de 50 ans, qui sont atteintes de ce cancer, semble diminuer régulièrement. Nous voyons donc que les modifications qui se produisent pour l'âge de ce cancer ne concernent que les âges extrêmes avec prépondérance pour les jeunes.

Le problème qui consiste à chercher pourquoi l'âge des cancers en général, et celui du col en particulier, tend à s'abaisser, nous dépasse à l'heure actuelle; il est évident que tant que la pathogénie du cancer sera inconnue, ce problème ne pourra pas être résolu; or, malgré les travaux nombreux qui ont été entrepris, la question du cancer reste stationnaire. Nous faisons cependant une réserve: si les cas de cancer du col chez les jeunes paraissent plus fréquents, c'est que leur diagnostic est fait plus tôt qu'autrefois.

La symptômatologie du cancer du col chez les jeunes est à peu de chose près la même que celle des cancers du col des femmes âgées. Tout au plus, peut-on noter qu'il commence plus fréquemment par des pertes rouges, et que son premier signe est souvent une hémorragie brutale par son

abondance et par sa durée. Enfin, la douleur nous a paru être une manifestation plus précoce et plus fréquente que chez la femme âgée.

L'évolution de ce cancer est beaucoup plus rapide chez les jeunes. Malheureusement, comme son début est très silencieux, on ne voit le plus souvent les malades qu'à une période assez avancée, et il est difficile de se faire une opinion sur la durée exacte de cette évolution. Néanmoins, sa marche peut être caractérisée par trois termes : sournoise, rapide et grave.

Quant au pronostic, il est très sérieux. Ce cancer évoluant très vite est souvent traité trop tard; ses récidives sont fréquentes et si nous ne pouvons pas dire, comme Pozzi, que toute femme atteinte d'un cancer du col avant 30 ans est fatalement condamnée, nous devons reconnaître que les résultats sont très inférieurs à ceux que l'on obtient chez les femmes plus âgées.

Classiquement, le meilleur traitement à leur appliquer est l'opération large chaque fois qu'on peut la faire dans de bonnes conditions. Dans les autres cas, on conseille un traitement curiethérapique suivi de séances de radiothérapie. Néanmoins, il semble que le traitement par les agents physiques donne ici de meilleurs résultats que le traitement chirurgical.

Mais le meilleur moyen d'améliorer ces résultats sera de dépister ces cancers tout à fait au début par des examens périodiques; ainsi, on arrivera à avoir beaucoup plus de cas opérables et par la même occasion, on pourra découvrir les inflammations chroniques du col, dont le traitement sérieux réduira peut-être d'autant les risques de voir apparaître un cancer.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Bon à imprimer.
Le Président,
JEANNENEY.

Vu: *Le Doyen,*
P. MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 Juin 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

BAYLEY. — *Rapports entre la Cervicite et le Cancer du Col.* Surg. gyn. et obst., mars 1930.

BONNER. — *Cancer du col chez une enfant de 13 ans.* Am. journ. obst. et gyn., août 1927.

BRANDAO (A.). — *Réflexions sur le Cancer du Col.* La Gyn., t. 33, 1932.

CASTEX. — *Morphologie des Cancers du Col. (Classification).* Thèse de Toulouse, 1932.

CHARPENTIER. — *Traitement du Cancer du Col au Centre de la lutte contre le Cancer.* Bordeaux. Thèse de 1930.

DAILY. — *Age de l'apparition du Cancer du Col.* Journ. of Amer. med. assoc. soc., N° 24, 12/12/31.

DAME (J.-L.). — *A propos du Cancer du Col.* Maroc Médical, N° 122, 25 août 1932.

DEMANGE (M^lle^). — *Cancer du Col.* Thèse de Nancy, 1931.

FAURE (J.-L.). — *A propos du Cancer du Col.* Maroc Médical, N° 122, 25 août 1932.

— *Résultats éloignés des opérations précoces du Cancer du Col. Rép. méd. prof.* N° 75, mai 1932.

— *Cancer de l'utérus.*

FRAMMOLT (C.) et WENINGER (K.). — *Pronostic du Cancer du Col chez les jeunes.* Zbl. Gynàk., N° 35, 1934.

FLUHMAN. — *Carcinome du Col.* Bruxelles Médical, 1927.

GOSSET et WALLON. — *Mortalité dans la Curiethérapie du Cancer utérin.* Arch. délect. médicale, juillet 1934. 15 avril 1928.

D'Halluin. — *Cancer du Col.* Journ. de la Sté méd. de Lille,

Hamant et Koenig. — *Des moyens sociaux de dépister le Cancer du Col.* VII[e] Congrès de l'Ass. des gyn. et acc. de langue franç. Bordeaux 1931.

Hartmann. — *Sur les Cancers primitifs multiples.* Séance de l'Ac. de méd., novembre 1935.

Henriksen. — *Cancer du Col : étude clinique de 940 cas.* Arch. of Surgery, 1935.

— *Lésions du Cancer du Col.* Gyn. et obst., mars 1934.

Heuze. — *Trois observations du Cancer du Col avec grossesse.*

Hutchinson. — *Cancer du Col.* Sem. méd. 1884 (page 406).

Escarras. — *Contribution à l'étude exper. des hormones ginadotropes dans le Cancer du Col.* Thèse de Marseille, 1934.

Jeanneney (C.). — *Moyens sociaux de dépister le Cancer du du Col.* Gyn. et obst., t. XXIV, N° 4, oct. 1931.

— *Douleurs dans le Cancer du Col.* Médecine, juin 1933, N° 8.

— *Cancer du Col restant.* Revue franç. de gyn., mai 1929.

Jeanneney et Mathey-Cornat. — *Métastase osseuse dans le Cancer du Col.* Bull. et mém. Soc. méd. et chir. de Bordeaux, 30 juillet 1926.

Jeanneney et Duvergey. — *Métastase dans le Cancer du Col irradié.* Bull. et mém. Soc. méd. et chir., t. LII, N° 28. 27 oct. 1926.

Jeanneney. — *Le Cancer.* Editions Maloine.

Kamniker et Hellmut. — *Résultats du traitement du Cancer du Col.* Arch. für Gynäk., t. CXLVIII, N° 1, 1932.

Keller. — *Cancer du Col. Traitement.* Sté. obst. et gyn. de Strasbourg, mai 1929.

— *Détermination de l'opérabilité du Cancer du Col.* Gyn, juin 1931.

Leclerc. — *Traitement du Cancer du Col au début.* Bourgogne méd., sept.-oct. 1931.

Leprévost. — *Le Cancer du Col avant 30 ans.* Thèse de Paris, 1931.

LACOSTE. — *Traitement du Cancer au Centre anticancéreux de Bordeaux.* Thèse de Bordeaux, 1932.

LUMIÈRE. — *Etiologie du Cancer* (*Cancer, maladie des cicatrices*). Edit. Masson.

MÉNÉTRIER. — *Le Cancer.* Traité de méd. N° 13, 1916.

MERVEL. — *Anatomie pathol. du Cancer du Col.* Thèse de Bordeaux, 1928.

MICKULICZ et RADECKI. — *Traitement du Cancer du Col.* Zbl. Gynäck, N° 1, 1934.

MOCQUOT. — *Cancer du Col.* Gyn. XXXI, mars 1932.

MONTEL. — *Cancer du Col et Cervicite.* Thèse de Lyon, févr.

PAPIN. — *Cancer du Col et son traitement.* Journ. de méd. de Bordeaux, N° 13, 10 mai 1935.

— *Cancer du Col.* 18 questions de gyn. (Masson).

PAUCOT. — *Cancer et hérédo-syphilis.* Echo méd. du Nord, N° 7, fév. 1934.

PENAMOND. — *Etude anatomo-pathologique du Cancer du Col.* Thèse de Bordeaux, 1929.

RAYMOND. — Le Cancer chez les jeunes.

PHILIP (E.). — *Zent für Gynäk,* t. LVI, N° 15, 1932. Résultat du traitement du Cancer du Col.

REEB. — *Cancer du Col et grossesse.* Strasbourg méd. N° 3, 1927, p. 92.

RECLUS et DUPLAY. — *Traité de Chirurgie,* 1877.

REGAUD. — *Cancer du Col : prévention et thérapeutique.* Revue de pathologie comparée, octobre 1932.

— *Données capables d'orienter la lutte contre le Cancer du Col.* Arch. méd. et chir. de Provence, N° 22, janvier 1932.

REVELIO (Louis). — *Recherches sur le Cancer.* Bruxelles méd. 8/12/35.

REY. — *Un signe précoce du Cancer du Col : l'hémorragie traumatique.* Thèse de Paris, 1927.

RHENTER. — *Cancer du Col à évolution rapide.* Sté d'obst. et gynéc. Lyon, 1922.

SABRAZÈS. — *Le Cancer du Col, ascendant.* Méd. Pr. N° 4, 14/2/1932.

SIREDEY. — *Dic. précoce du Cancer du Col utérin.* Paris méd. 29 avril 1922.

STEWART. — *Cancer du Col.* Arch. of. Surg., déc. 1933.

TOURNEUX. — *Cancer du Col.* Concours méd. N° 7, 14-2-1932.

VILLARD et LABRY. — *Cancer du Col.* Paris méd., déc. 1934.

VIOLET. — *Cancer du Col.* Soc. nat. de chir. Lyon méd., 2 avril 1934, p. 419.

WALTER SCHILLER. — *Dic. précoce du Cancer du Col.* Surg. Gyn., février 1935.

WILLIAMS et P. GRAVE. — *Test de Schiller.* Surg. Gyn., février 1933.

WILLIAMS. — *Cancer du Col.* Brit. med. journ. 1884.

WARBURG. — *Problème du Cancer.* Métabolisme du Cancer, p. 188.

TIXIER. — *Cancer du Col.* Revue méd. de l'Est. 15-2-1931.

REGAUD. — *Comparaison des traitements du Cancer.* Bull. Ac. méd. t. CVII, N° 17.

JEANNENEY, WANGERMEZ, ROSSET, BRESSARD. — *Métastase des Cancers du Col.* Gyn et obst., 22, 1930.

X.... — *Syphilis et Cancer.* Paris méd., 2 mars 1935.

Imprimerie BRUSAU FRÈRES, 143, Rue d'Arès, Bordeaux